

El acompañamiento terapéutico como campo en disputa: producción epistémica, relaciones de poder y salud mental comunitaria en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano

DUIMICH, Yanela.

Psicóloga, Universidad Nacional del Comahue (UNCo). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente área salud mental comunitaria (UNCo). Directora de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico y coordinadora del Centro de consumos problemáticos, sede Comahue, Universidad de Flores (UFLO). Psicóloga en dispositivos territoriales.

Contacto: yanela_duimich@hotmail.com
ORCID:/0000-0002-8330-1663

Recibido: 13/04/2026 - **Aceptado:** 03/07/2026

Cómo citar: Duimich, Y. (2026). El acompañamiento terapéutico como campo en disputa: producción epistémica, relaciones de poder y salud mental comunitaria en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 136-156

Resumen

El presente artículo analiza el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico como una escena privilegiada para indagar las tensiones que atraviesan la configuración del campo. Desde un abordaje exploratorio, se examinan las producciones presentadas, identificando la coexistencia de matrices clínicas dominantes y perspectivas emergentes vinculadas a la salud mental comunitaria. Los resultados evidencian el predominio de lenguajes provenientes del psicoanálisis en la organización de las prácticas, así como la persistencia de relaciones de saber que estructuran jerarquías profesionales. Al mismo tiempo, se reconocen movimientos orientados a la construcción de una especificidad disciplinar propia, articulada con enfoques territoriales, intersectoriales y de continuidad de cuidados. En diálogo con la epistemología crítica, estas tensiones son interpretadas como expresiones de disputas políticas en torno a la produc-

ción y legitimación del conocimiento en salud mental. Se sostiene que la consolidación del acompañamiento terapéutico requiere fortalecer la producción de conocimiento científico situado, capaz de superar la mera normativización de la práctica e inscribirse en una perspectiva desde la continuidad de cuidados.

Palabras clave: acompañamiento terapéutico, salud mental comunitaria, producción de conocimiento; epistemología, disputas de poder.

Therapeutic accompaniment as a field in dispute: epistemic production, power relations, and community mental health in the XXI Argentine and Ibero-American Congress

Abstract

This article analyzes the 21st Argentine and Ibero-American Congress on Therapeutic Accompaniment as a privileged setting for exploring the tensions shaping the configuration of the field. Using an exploratory approach, it examines the papers and presentations delivered at the conference, identifying the coexistence of dominant clinical frameworks and emerging perspectives linked to community mental health. The findings reveal the predominance of psychoanalytic languages in the organization of practices,

as well as the persistence of knowledge relations that structure professional hierarchies. At the same time, movements toward the construction of a distinct disciplinary specificity are identified, articulated through territorial, intersectoral, and continuity of care approaches. In dialogue with critical epistemology, these tensions are interpreted as expressions of political disputes surrounding the production and legitimization of knowledge in the field of mental health. The article argues that the consolidation of therapeutic accompaniment requires strengthening the production of situated scientific knowledge capable of moving beyond the mere standardization of practice and grounding itself within a continuity of care perspective.

Keywords: therapeutic accompaniment, community mental health, knowledge production, epistemology; power relations.

Introducción

El XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico, organizado por la Asociación Argentina de Acompañamiento Terapéutico (AATRA) y coorganizado por la Universidad de Flores (UFLO), realizado en la provincia de Neuquén en el mes de noviembre del 2025, constituyó un espacio significativo

para observar las formas actuales de producción de saber en el campo del acompañamiento terapéutico (AT), así como las tensiones que atraviesan su configuración como práctica profesional. Más allá de su carácter académico, el congreso operó como un escenario donde se articularon dimensiones formativas, institucionales y políticas, permitiendo analizar no sólo las prácticas presentadas, sino también las condiciones en las que se disputa el lugar del AT dentro del campo de la salud mental.

El evento se desarrolló en un momento particularmente relevante para la provincia. La apertura del congreso dio lugar a un acto político e institucional de alto impacto: la esperada reglamentación de la Ley Provincial N°3147 de Acompañamiento Terapéutico, sancionada en el año 2018 y hasta ese momento, sin reglamentación. La presencia del ministro de salud provincial en esa instancia otorgó visibilidad estatal a una demanda largamente sostenida por distintos sectores del campo.

A su vez, la escena neuquina presentó una singularidad que vuelve especialmente significativa esta coyuntura: la formación en AT se ofrece, al momento del congreso, únicamente en el ámbito universitario privado. Esta particularidad introduce interrogantes sobre

las brechas entre formación, regulación, acceso y políticas públicas.

En ese marco, el presente trabajo se propone analizar la producción presentada en el congreso atendiendo a tres ejes: a) la producción epistémica del campo; b) las configuraciones del rol del acompañante terapéutico; y c) las tensiones en torno a su autonomía en relación con otros saberes y disciplinas.

El supuesto que orienta esta lectura es que el congreso no solo expone una perspectiva acerca del estado actual del campo, sino que también participa activamente en la delimitación de aquello que resulta decible, legítimo y transmisible como saber sobre el AT.

1. El congreso como acontecimiento académico y político

Leído en perspectiva, el congreso funcionó como dispositivo académico promoviendo un espacio de encuentro entre actores del campo y escenario político. Por un lado, reunió mesas de ponencias, talleres, foros y minicursos que dieron cuenta de la heterogeneidad de prácticas, dispositivos y lenguajes presentes en el AT.

Por el otro, hizo visibles tensiones entre distintos sectores en torno a la profesionalización, la regulación

normativa, la matrícula, las condiciones de trabajo y el lugar institucional del AT. Dichas tensiones se expresaron en debates acerca de la jerarquización profesional, en diferencias respecto de las formas de organización colectiva y en disputas por la representación del campo.

La reglamentación de la ley provincial, ocurrida en simultáneo con el desarrollo del congreso, operó como un hecho condensador: mientras para la mayoría de los sectores se trató de un avance decisivo en el proceso de reconocimiento profesional, para otros reactivó desacuerdos acerca de quiénes representan legítimamente al colectivo, qué modelo de formación resulta deseable y bajo qué marcos teóricos y políticos debe consolidarse el AT.

En esta línea, Maximiliano Peverelli (2025) advierte que, en el campo del AT, los interrogantes que podrían orientar una estrategia integral capaz de articular regulación, formación, legitimación clínica y organización colectiva no logran aún instalarse con claridad en las discusiones del sector.

Las escenas de debate observadas permiten reconocer la vigencia de este señalamiento, tal como sostiene el autor, “lo que se observa es que el eje dominante del reclamo gira en torno a la regulación de la relación con

obras sociales y prepagas, con la esperanza de que una ley logre ordenar pagos, fijar valores prestacionales y evitar arbitrariedades” (Peverelli, 2025, p. 31).

Lejos de constituir un dato aislado, esta centralidad de la demanda regulatoria puede leerse como un indicador de las limitaciones estructurales del campo para avanzar en procesos de profesionalización más amplios que se reducen a la confianza en la ley, en lugar de habilitar acciones estratégicas que integren la regulación, la formación, la legitimidad disciplinar y la organización colectiva. En este sentido, el congreso hizo visible la brecha entre el reconocimiento normativo del AT y su efectiva implementación en los dispositivos de salud mental comunitaria de la provincia. Así, más que resolver estas tensiones, el acontecimiento las condensó y las expuso, permitiendo situar empíricamente uno de los núcleos problemáticos que organiza este artículo: la reglamentación de la ley no resuelve por sí misma las disputas de poder que se expresan en el campo de la salud mental dentro de la provincia.

Las discusiones giran en torno a la definición de la especificidad del AT y su subordinación o autonomía respecto de otros saberes consolidados; las coyunturas institucionales, ligadas a las condiciones de inserción del rol en los dispositivos de salud y a la democratiza-

ción de la voz de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario; las salariales, vinculadas a la precarización laboral, la intermediación de obras sociales y prepagas y la fijación de valores prestacionales; y las simbólicas, relativas al reconocimiento social y profesional del AT como práctica legítima dentro del campo de la salud mental.

Este entramado de tensiones permite intuir que el problema no radica únicamente en la ausencia o presencia de marcos normativos, sino en las condiciones históricas, políticas e institucionales que configuran y tensionan los modos concretos de implementación del AT.

2. Consideraciones metodológicas

El presente artículo se inscribe en un enfoque exploratorio y se propone analizar la producción presentada en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico como una escena significativa para la lectura de las configuraciones actuales del campo profesional. El corpus de análisis se construyó a partir de dos fuentes principales: el programa general del congreso y el programa correspondiente a una de las jornadas, complementados con notas de campo elaboradas durante la apertura institucional, las

ponencias presenciadas, la participación dentro del comité científico de evaluación de trabajos y las reflexiones posteriores producidas en diálogo con el proyecto de investigación doctoral de la autora. En total, el corpus estuvo compuesto por 90 trabajos o actividades con título identificable, distribuidos en mesas temáticas, mesas libres, talleres, foros, minicursos y presentaciones especiales.

La estrategia analítica consistió en la construcción de categorías interpretativas orientadas a identificar: a) la matriz epistemológica predominante en cada producción; b) el tipo de trabajo presentado, diferenciando relatos de experiencia, estudios de caso, investigaciones y desarrollos teóricos; c) el modo en que se configura el rol de las y los AT en relación con otros actores del campo; y d) el nivel de problematización política del AT en vínculo con la salud mental comunitaria y las políticas de cuidado.

La construcción de estas categorías se apoyó en la tradición de investigación cualitativa comprensiva, entendiendo el análisis como una producción interpretativa de segundo orden orientada a identificar estructuras de relevancia y regularidades presentes en el material analizado, más que a realizar una mera clasificación temática de las producciones (Minayo, 2010).

Tabla 1. Distribución de las producciones presentadas según matriz analítica predominante en el XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico

Categoría	N	%
Matriz clínica psi/psicoanalítica	31	34,4
Politización del padecimiento y salud mental comunitaria	19	21,1
Reflexiones sobre el campo profesional y la formación	14	15,6
Continuidad de cuidados y prácticas comunitarias	11	12,2
Producciones híbridas o de difícil clasificación	9	10,0
Perspectivas técnico-funcionales y rehabilitadoras	6	6,7
Total	90	100

Fuente: elaboración propia a partir del programa científico del XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico y registros de campo de la autora.

En este sentido, las categorías elaboradas no buscan describir exclusivamente los temas abordados por las ponencias, sino aproximarse a las matrices de sentido, las formas de producción de conocimiento y las disputas paradigmáticas que atraviesan el campo del AT.

El análisis se basó en una lectura sistemática de los títulos y descripciones disponibles en el programa, entendidos como unidades de sentido que condensan posicionamientos teóricos, clínicos y políticos. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como tendencias exploratorias que permiten aproximarse a

determinadas configuraciones del campo, sin constituir una clasificación exhaustiva de las ponencias ni un análisis en profundidad de sus contenidos.

2.1. Producción epistémica y matrices de inteligibilidad

El análisis de los trabajos presentados permite identificar la coexistencia de diversas formas de producción de saber con predominio de enfoques vinculados al campo clínico de la psicología. En varios títulos se presenta asociado a desarrollos conceptuales de tradi-

ción psicoanalítica, especialmente en torno a categorías como la transferencia, el sujeto, el encuadre y el desamparo, ampliamente desarrolladas por autores como Sigmund Freud y Jacques Lacan.

En términos exploratorios, el relevamiento realizado mostró el predominio de una matriz psicoanalítica, presente en el 34,4% de las producciones analizadas. A cierta distancia, aunque con una presencia significativa, se ubicaron los trabajos que problematizan explícitamente el lugar político del AT en relación con la salud mental, las políticas públicas y la ciudadanía (21,1%). Las reflexiones sobre la identidad profesional, la formación y la construcción del campo representaron el 15,6% del corpus, mientras que las producciones que permiten pensar al AT como estrategia de continuidad de cuidados y como práctica de salud mental comunitaria alcanzaron el 12,2%. Las perspectivas técnico-funcionales y rehabilitadoras constituyeron el 6,7% de los trabajos, y un 10% correspondió a producciones híbridas o de difícil clasificación, lo que podría sugerir la heterogeneidad y superposición de matrices que caracteriza actualmente al campo.

Estos datos no agotan la complejidad de las ponencias, pero permiten advertir una tendencia: las perspectivas clínicas organizan de forma dominante la inteli-

bilidad del campo, mientras que las miradas orientadas a construir una especificidad disciplinar del AT en clave comunitaria aparecen aún como corrientes emergentes. El análisis de los títulos del programa permite identificar la presencia explícita de algunos conceptos asociados a la salud mental comunitaria, principalmente comunidad, continuidad de cuidados, interdisciplina y trabajo en red, con referencias más esporádicas a derechos o ciudadanía. Sin embargo, esta presencia resulta no solo acotada sino también discontinua, y no alcanza a configurar un repertorio conceptual capaz de organizar de manera consistente la producción del campo. En este sentido, “lo” comunitario aparece como un conjunto de enunciados que, aun cuando logra expresarse en experiencias vinculadas al territorio, la ciudadanía, las prácticas colectivas y la inclusión social, encuentra dificultades para constituirse en un principio organizador del campo capaz de disputar la centralidad de los lenguajes clínicos. Esta situación parece remitir menos a las producciones particulares que a las relaciones de saber y poder históricamente sedimentadas en el campo de la salud mental y del propio acompañamiento terapéutico.

Si bien, este análisis permite identificar la presencia de desarrollos que recuperan la perspectiva de la salud mental comunitaria, estos no siempre logran reorga-

nizar de manera consistente las prácticas presentadas ni las categorías desde las cuales se las interpreta. Esta observación resulta especialmente significativa si se considera que la salud mental comunitaria no constituye una corriente emergente, sino un paradigma consolidado en el contexto nacional, tanto en el plano normativo como en el histórico-político. Los procesos de desmanicomialización, la perspectiva de derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la construcción de dispositivos territoriales han configurado un marco desde el cual la salud mental se concibe como un proceso social, colectivo y situado. Como señala Bottinelli *et al.*:

(...) las leyes (desde la constitución hasta las leyes específicas de salud mental) son consensos sociales de garantías explícitas a los que se arriba siempre con pujas y disputas. Pero deben ser leídos como base, “pisos” del estatus legal de derechos y deberes. La conquista de estos derechos son el devenir de luchas históricas que costaron vidas. (2022, p.48)

En este sentido, la normativa no solo regula prácticas, sino que condensa disputas históricas en torno a los modos de concebir el padecimiento y sus formas de abordaje.

Otra característica relevante de la producción analizada es el predominio de relatos de experiencia y estudios de caso por sobre investigaciones empíricas sistemáticas. Este dato, sin embargo, no debe ser interpretado en términos de una jerarquía entre formatos de producción de conocimiento. La narración constituye, en el campo del AT, una vía privilegiada de transmisión, en tanto permite dar cuenta de la dimensión situada, relacional y singular de las prácticas. El problema no radica entonces en la centralidad del relato, sino en las condiciones de su elaboración. En numerosos casos, los trabajos presentan experiencias sin desarrollar un proceso de problematización que permita interrogar las categorías implícitas, las posiciones desde las cuales se enuncia o los alcances de lo que se afirma. En estas situaciones, la experiencia corre el riesgo de quedar reducida a una acumulación de casos o a la exposición de trayectorias singulares sin capacidad de producir conocimiento transmisible.

En este sentido, más que oponer narración e investigación sistemática, es necesario pensar los procesos mediante los cuales la experiencia se convierte en saber. Leídos a la luz de los aportes de Leandro Luciani Conde (2019), estos resultados permiten complejizar la interpretación. Más que evidenciar una mera distribución de enfoques, lo que se pone en juego es una tensión

entre distintas matrices de producción de saber que, aun cuando se presentan como críticas del positivismo, no logran necesariamente desplazarse hacia un análisis de las condiciones políticas que organizan el campo. El predominio de narrativas clínicas y relatos de experiencia puede ser leído no solo como una elección metodológica, sino también como efecto de un posicionamiento epistémico que, al tiempo que se distancia del paradigma experimental, no siempre logra construir alternativas sistemáticas en su producción.

Tal como advierte Luciani Conde (2019), “el problema no radica exclusivamente en la adopción o rechazo de determinados marcos epistemológicos, sino en la capacidad de generar prácticas de conocimiento que articulen reflexividad epistémica con análisis político” (p. 34).

Los datos analizados permiten hipotetizar que uno de los desafíos centrales del campo no es solo consolidar su reconocimiento normativo o su legitimidad profesional, sino fortalecer su capacidad de producir categorías, problemas y herramientas analíticas propias que, sin recaer en un retorno acrítico al positivismo, logren superar la mera narrativización de la práctica. Esto implica desarrollar estrategias de investigación que permitan dar cuenta de la especificidad del AT

en los dispositivos de salud mental comunitaria, contribuyendo así a la construcción de una epistemología situada, capaz de intervenir en las disputas por la legitimidad del conocimiento y las formas de autoridad científica en el campo de la salud.

3. Disputas contemporáneas en la configuración del acompañamiento terapéutico

El análisis de las ponencias y de las escenas de debate registradas durante el Congreso permitió reconocer que las controversias allí expresadas exceden las diferencias técnicas o metodológicas. En profundidad, remiten a disputas epistemológicas, éticas y políticas acerca de cómo comprender el AT, cómo explicar la producción social del padecimiento y qué proyecto de salud mental orienta las prácticas del campo. En este sentido, la discusión sobre el AT constituye también una discusión acerca del modelo de cuidado que se pretende consolidar y, en un plano más amplio, sobre las formas de organización social que dicho modelo contribuye a reproducir o transformar.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, estas controversias no pueden comprenderse como posiciones individuales o desacuerdos disciplinares aislados. Como sostiene Jaime Breilh, los procesos

de salud, enfermedad, atención y cuidado se producen en el marco de relaciones históricas de poder que organizan la reproducción social y configuran las condiciones materiales de existencia (2021). En consecuencia, las tensiones observadas durante el congreso constituyen expresiones particulares de disputas estructurales que atraviesan actualmente el campo de la salud mental.

Esta perspectiva supone desplazar el análisis desde la descripción de desigualdades o de determinantes aislados hacia la comprensión de los procesos históricos que las producen. La inequidad deja entonces de entenderse exclusivamente como una distribución desigual de recursos para ser analizada como el resultado de relaciones de explotación, dominación y subordinación que atraviesan simultáneamente los planos económico, político, cultural, institucional y epistemológico (Brellil, 2021). Desde esta lectura, las discusiones en torno al AT no se reducen a la regulación profesional ni a la organización de los dispositivos asistenciales, sino que expresan distintas formas de comprender el vínculo entre salud, sociedad y producción de subjetividad.

En este marco, la tensión central identificada en el congreso puede leerse entre perspectivas que orientan sus esfuerzos hacia la ampliación de derechos, la regulación profesional y la reducción de inequidades,

y otras que proponen recuperar la dimensión política del padecimiento interrogando las condiciones estructurales que lo producen. En diálogo con Mark Fisher (2016), esta segunda perspectiva cuestiona los procesos de despolitización característicos del realismo capitalista, mediante los cuales, los problemas socialmente producidos aparecen como responsabilidades individuales. La hipótesis que orienta esta mirada es que la potencia política del AT no reside únicamente en ampliar dispositivos de atención o fortalecer su reconocimiento profesional, sino en su capacidad para disputar los sentidos dominantes de la salud mental e intervenir sobre las condiciones sociales que producen el sufrimiento.

A partir de este marco analítico, el apartado se organiza en tres dimensiones interrelacionadas: las configuraciones del rol y las relaciones de saber; la politización del padecimiento en el marco de la salud mental comunitaria; y las tensiones que atraviesan la construcción del campo profesional.

Lejos de constituir problemas independientes, estas dimensiones representan distintas expresiones de una misma disputa por la configuración del AT y por el proyecto de salud mental que este contribuye a sostener.

3.1. Configuraciones del rol y relaciones de saber

Uno de los aspectos más relevantes que emergen del análisis es la forma en que se configura el rol del AT en relación con otros actores del campo de la salud mental. Como ya se ha señalado, en numerosas presentaciones aparece inscripto dentro de dispositivos organizados a partir de marcos teóricos provenientes del psicoanálisis. Esto se traduce, por ejemplo, en la centralidad otorgada a formatos tales como la “supervisión clínica”, la “clínica entre varios”, “la transferencia” categorías clásicas del psicoanálisis que se erigen para ordenar la práctica como principios organizadores del AT.

Asimismo, se observa que una parte importante de los referentes más visibles del campo proviene de formaciones en psicología, específicamente del psicoanálisis. Esta situación no constituye en sí misma un problema, pero resulta analíticamente significativa en la medida en que incide en la organización de las prácticas, en la jerarquización de ciertos lenguajes y en la manera en que se define aquello que cuenta como saber legítimo sobre el AT. La presencia significativa de estos marcos conceptuales en las ponencias no permite, por sí sola, afirmar una subordinación epistemológica del AT. En efecto, el uso de determinadas categorías no implica necesariamente una dependencia teórica,

en la medida en que estas pueden ser apropiadas, resignificadas o integradas en desarrollos propios. Sin embargo, este dato adquiere otro espesor cuando se lo sitúa en relación con la organización efectiva del campo. La centralidad de profesionales provenientes de la psicología en espacios de formación, supervisión, producción teórica y representación institucional sugiere la persistencia de ciertas asimetrías en la producción y legitimación del saber. En este sentido, el problema no se reduce al lenguaje utilizado, sino a las condiciones desde las cuales es autorizado, transmitido y reconocido como válido.

La pregunta por la autonomía del AT no remite a la exclusión de determinados marcos teóricos, sino a la posibilidad de construir posiciones de enunciación propias, desde las cuales dialogar críticamente con otras tradiciones sin quedar subsumidos a ellas. Esto implica interrogar no sólo qué conceptos se utilizan, sino quiénes los producen, desde qué lugares institucionales y con qué efectos en la organización del campo.

En este contexto, es relevante insistir con las experiencias que exploran alternativas a esta organización, particularmente a través de nociones como la co-visión, el trabajo en red y la construcción de dispositivos horizontales en los equipos interdisciplinarios de salud

mental. Las experiencias presentadas en el congreso desde la co-visión permiten recuperar los aportes de Simonotto *et al.* (2015), en diálogo con Ana María Fernández (2000), como un espacio horizontal entre colegas orientado a la reflexión de la práctica profesional, en el que, desde el reconocimiento de la diferencia y la pluralidad de miradas, busca no solo fortalecer la intervención, sino también producir procesos colectivos e individuales que mitiguen la alienación en la tarea y protejan a quienes trabajan en el campo social. Estos aportes entusiasman a una configuración del campo del AT situada desde la salud mental comunitaria y con autonomía de una perspectiva psicologizante.

La centralidad que adquiere la psicología y particularmente el psicoanálisis en la organización del campo de la salud mental en Argentina no puede leerse únicamente como un problema disciplinar de AT, sino como el resultado de un proceso histórico complejo en el que ciertas tradiciones lograron constituirse como lenguajes privilegiados para nombrar, interpretar y tratar el padecimiento. Tal como reconstruyen Carpintero y Vainer (2014), la conformación del campo de la salud mental en las décadas del 60' y 70' estuvo atravesada por disputas políticas, institucionales y epistemológicas que no solo enfrentaron a la psiquiatría con otras corrientes, sino que también habilitaron la expansión

del psicoanálisis como matriz dominante de inteligibilidad. Este proceso, interrumpido violentamente por la última dictadura militar (24 de marzo de 1976 hasta el 10 de diciembre de 1983) y reconfigurado en la postdictadura, contribuyó a consolidar una lectura del padecimiento centrada en el sujeto, aun cuando coexistiera con experiencias que buscaban inscribir la salud mental en una perspectiva comunitaria, territorial y de derechos (Carpintero y Vainer, 2014). En este sentido, la actual tendencia a identificar la salud mental con el campo “psi” puede entenderse desde una de sus aristas como el efecto de una hegemonía histórica que, al tiempo que produjo herramientas valiosas para la clínica, también tendió a reducir la complejidad de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado a coordenadas predominantemente individuales, dificultando la plena integración de las dimensiones sociales, materiales y políticas que resultan constitutivas del campo y que nuestra Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) expone con claridad.

En esta dirección, el análisis de la tendencia a reducir la salud mental al campo de la psicología y a dispositivos centrados en el individuo requiere situarse en el marco de los procesos contemporáneos de producción de la expansión de una subjetividad neoliberal, característica del capitalismo contemporáneo, que reorganiza

las formas de comprender el sufrimiento al privilegiar explicaciones individuales allí donde operan procesos históricos, económicos y políticos de producción de la vida. Desde esta perspectiva, la psicologización del malestar deja de ser únicamente un problema disciplinar para constituirse también en una forma de inteligibilidad que dialoga con las racionalidades del capital y con relaciones de dominación que tienden a despolitizar el padecimiento y a invisibilizar sus determinaciones sociales.

3.2. Politización del padecimiento y salud mental comunitaria

El congreso evidenció también la presencia de discursos que recuperan la perspectiva de la salud mental comunitaria, con la tradición desmanicomializadora que forma parte de la historia de las provincias de Río Negro y Neuquén. Estas perspectivas enfatizan la importancia del territorio, la ciudadanía, la reducción de brechas y la continuidad de cuidados, acentuando la urgencia de que emerjan y se consoliden disciplinas con potencial para intervenir en estos niveles, como lo es el AT en sus competencias e incumbencias.

Sin embargo, la articulación entre estos discursos y las prácticas efectivamente presentadas no siempre

resultó consistente. En varios casos, la apelación a lo comunitario coexistió con marcos de lectura centrados en la singularidad del sujeto, con la delegación de la dimensión colectiva e histórica a otras disciplinas, y la reiteración de narraciones de casos únicos para argumentar la pertinencia “clínica” del AT en trayectorias individuales de inclusión social. Uno de los ejes más narrados en los trabajos presentados lo constituyó la inclusión escolar, sin desconfiar del hecho de que la inclusión en la provincia depende de la presencia cotidiana del AT para garantizar la permanencia dentro de la institución. Esto nos permite preguntarnos qué ocurriría si se volviera audible la demanda de los sectores educativos que advierten sobre la presencia de múltiples adultos en el aula. Esta situación se vincula con trayectorias de inclusión en las que cada niño, niña o adolescente con Certificado Único de Discapacidad (CUD) asiste a la institución escolar junto con su acompañante terapéutico.

Más que interpretar esta demanda como una queja o como un movimiento de cierre por parte de la escuela, resulta productivo leerla como una oportunidad para problematizar las paradojas que surgen de la yuxtaposición entre el paradigma rehabilitador y el paradigma de la convivencia. Interrogar este escenario podría habilitar la pregunta de si un acompañante por cada es-

tudiante no individualiza la resolución de los accesos a la problemática de la persona, en lugar de elaborar las construcciones de los apoyos de forma colectiva y concreta dentro de cada aula.

En el campo de la salud mental conviven paradigmas que orientan de manera diferente la lectura del padecimiento y las estrategias de intervención. Desde una perspectiva normativa, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657 establece que las prácticas deberían organizarse desde el paradigma de la salud mental comunitaria y el reconocimiento de derechos. Sin embargo, persisten enfoques biomédicos y rehabilitadores que tienden a reducir el padecimiento a la categoría de enfermedad mediante un recorte individual, desatendiendo las dimensiones históricas, sociales y materiales involucradas en los procesos de salud y enfermedad. Esta coexistencia conflictiva se expresa en una tensión histórica dentro de los servicios de atención, donde el modelo biomédico todavía ejerce una fuerte hegemonía a través de respuestas reduccionistas y medicalizantes que colisionan con las propuestas de un modelo integral e interdisciplinario (Bang, 2020). Habilitando a preguntarse en qué medida la dimensión política de la salud mental logra integrarse efectivamente a la configuración del campo o si permanece enunciada como un horizonte normativo sin traducirse

en una reorganización sustantiva de los dispositivos, las prácticas y las categorías de análisis.

En diálogo con Mark Fisher (2016), esta cuestión puede pensarse en relación con los procesos de individualización del malestar que caracterizan al presente de la salud mental en consonancia con una producción social de subjetividad neoliberal, que exceden al AT, pero que lo incluyen en la profundidad de la discusión que aspiramos plantear al preguntarnos por las disputas contemporáneas en el campo de la salud mental. Desde la perspectiva del autor, la dificultad para politizar el padecimiento no remite simplemente a una omisión teórica, sino a una forma planificada de inteligibilidad social en la que las condiciones estructurales tienden a desplazarse en interpretaciones centradas en la persona insistiendo en una privatización del padecimiento, donde el “éxito de la gestión del malestar” imprime cualidades de fortaleza y resiliencia que alardean individualidad y autonomía alejándose del aspiracional de protección del estado frente al riesgo de la vida. Desde esta perspectiva, re-politizar el malestar mental implica volver a interrogar los efectos subjetivos y colectivos que producen las lógicas que organizan las prácticas de cuidado. En el campo del AT, esta operación supone desplazar la mirada desde las dificultades individuales hacia las condiciones sociales, institucionales y políticas

que participan en la producción del padecimiento. En este marco, emergen algunos interrogantes centrales para el campo. ¿El dispositivo "uno a uno" refuerza la centralidad del padecimiento individual o constituye un apoyo sostenido en los procesos de cuidado? ¿Las estrategias de AT promueven la autonomía o reproducen relaciones de tutelaje? ¿El AT se desarrolla predominantemente desde un paradigma rehabilitador o desde una lógica de continuidad de cuidados?

Estas preguntas, en la superficie, cuestionan la técnica; en profundidad, sin embargo, interrogan la ética y la potencia política del AT. Buscan explorar si la producción de salud mental se organiza a partir de formas horizontales de cuidado capaces de restituir derechos y sostener el deseo o si, por el contrario, reproduce relaciones asimétricas que subsume al sujeto a la condición de objeto clínico, reconocido formalmente como titular de derechos, pero sin posibilidades efectivas de ejercerlos.

Siguiendo la propuesta de re-politizar la salud mental, entendemos que no alcanza con enumerar determinantes sociales de la salud como factores que influyen en la enfermedad: el trabajo, los ingresos, el acceso a la educación, etc., la invitación es a analizar los procesos sociales que producen esas condiciones. Jaime Breilh

(2013) da un paso más allá y propone, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, situar los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado en relación con las condiciones materiales, históricas y políticas.

La diferencia es importante: no se trata de una lista de factores aislados, sino de procesos estructurales que organizan la vida social. Nos propone comprender la salud a partir de tres niveles interrelacionados: los procesos estructurales, vinculados al modelo económico y a las relaciones de poder; los procesos colectivos, que se expresan en las condiciones de existencia de los grupos sociales; y los procesos singulares, que aparecen en las trayectorias concretas de las personas. Desde esta perspectiva, la enfermedad deja de ser solamente un problema biológico individual y pasa a ser la expresión de cómo una sociedad organiza la experiencia cotidiana, el trabajo y la distribución de los recursos.

Siguiendo esta propuesta analítica, el análisis sobre las posibilidades de inclusión del AT en el sistema de salud neuquino podría organizarse de la siguiente manera: un nivel estructural, que permite observar cómo se organiza el modelo de salud en la provincia y quiénes lo organizan; un proceso colectivo, que lleva a observar por un lado la organización del colectivo del AT y

por el otro, el colectivo de salud mental; y un nivel de los procesos singulares, donde surgen la trayectoria de los acompañados. El uso de esta matriz, o de las matrices disponibles desde las perspectivas críticas permite un análisis estructural de las disputas que atraviesan la implementación del AT que supera análisis parciales o superficiales. Este ejercicio de análisis sujeto a los objetivos de este artículo permite hipotetizar que el campo de la salud mental continúa organizado por relaciones de poder estructurales que, pese a los discursos de horizontalidad e interdisciplinariedad, expresan formas persistentes de hegemonía.

En este marco, sostenemos que correrse de una configuración estrictamente tutelada y afirmar un saber propio, en diálogo con los principios de la salud mental comunitaria, constituye principalmente un movimiento estratégico orientado a disputar las condiciones de producción, reconocimiento y legitimidad del AT.

En este sentido, se vuelve pertinente la advertencia de Leandro Luciani Conde (2019), cuando enuncia que: “toda producción científica se inscribe en una trama política, en tanto implica la construcción hegemónica de una determinada cosmovisión del mundo, sostenida en formas específicas de conocimiento y en racionalidades que responden a intereses históricos concretos” (p.41).

Desde esta perspectiva, la dificultad para politizar el padecimiento en el campo del AT no puede ser leída como una inconsistencia entre discurso y práctica, sino como efecto de matrices de conocimiento que tienden a reproducir formas de comprensión individualizantes y deshistorizadas. La propuesta de descolonizar la salud mental en términos analíticos más que como consigna permite condensar dos movimientos fundamentales: por un lado, la necesidad de producir lecturas que indaguen en las relaciones de poder y dominación que atraviesan las prácticas; por otro, la exigencia de una reflexión crítica sobre la subjetividad moderno-colonial occidental de los propios profesionales que las sostienen. Asimismo, Luciani Conde plantea que:

(...) la insistencia en la crítica al positivismo y al método experimental constituye, en gran medida, una discusión ya saldada en ciertos sectores del campo. El desafío actual no radica tanto en la elección entre marcos epistemológicos, sino en desplazar el foco hacia los fines de la producción de conocimiento: es decir, hacia las formas en que estos saberes contribuyen, o no, a reproducir o transformar las condiciones de desigualdad y las lógicas de dominación presentes en el campo de la salud mental. (2018, p. 37)

Desde esta perspectiva, la politización del padecimiento no se reduce a la incorporación de categorías teóricas, sino que implica una transformación en las formas de producir, validar y poner en circulación el conocimiento, abriendo la posibilidad de prácticas que, como el AT, puedan inscribirse de manera efectiva en proyectos de salud mental comunitaria que busquen impactar en las condiciones materiales en las que se reproduce la vida.

Para concluir, convocamos la idea de “ignorancia planificada” (Breilh, 2013) que explica cómo ciertas formas de producción científica pueden terminar generando ignorancia sobre aspectos fundamentales de la vida social, sin embargo, no es una ignorancia accidental. Muchas veces funciona como una forma de invisibilizar los procesos estructurales que organizan la desigualdad.

Desde esta perspectiva, la estrategia política del AT podría pensarse como la construcción de un campo profesional con capacidad de intervenir críticamente en las disputas contemporáneas de la salud mental.

Más que limitarse a la ampliación de incumbencias o al reconocimiento normativo, ello implica asumir una ética de cuidado orientada a repolitizar el padecimien-

to, disputar las racionalidades que lo individualizan e inscribir la práctica en proyectos de transformación social, en diálogo con la perspectiva de la determinación social de la salud.

3.3. Tensiones en la construcción del campo profesional

Las discusiones suscitadas durante el congreso también mostraron la existencia de tensiones internas en el colectivo del AT, tanto a nivel provincial como nacional. Las diferencias entre sectores respecto de la reglamentación, la formación, la matrícula y la representación del campo hicieron visible una escena de desunión en torno a la lucha por la jerarquización y profesionalización. Más que leerse únicamente como un obstáculo coyuntural, estas tensiones pueden interpretarse como parte de un proceso de institucionalización todavía abierto, en el que coexisten proyectos diversos sobre la disciplina, qué lugar debe ocupar en el sistema de salud y bajo qué marcos políticos y epistemológicos puede consolidarse.

La escena neuquina condensó además una paradoja significativa: mientras la provincia avanzaba en la reglamentación de una ley largamente esperada, la formación local seguía concentrada en una institución

privada. Esta coexistencia entre reconocimiento estatal y restricción de la oferta formativa pública vuelve especialmente relevante la pregunta por las políticas necesarias para sostener la expansión del campo en condiciones de mayor acceso. En otras palabras, la profesionalización del AT no puede pensarse sólo en términos de regulación normativa; requiere también condiciones institucionales de formación, investigación, inserción laboral y producción de conocimiento.

La urgencia por la reglamentación terminó opacando una discusión central: cuál sería la propuesta efectiva de profesionalización para las y los at que, desde hace años, sostienen tareas en el sector público y privado y serían incorporados de manera inminente al régimen de matriculación provincial, en un escenario donde una proporción importante de quienes actualmente ocupan esos puestos no posee formación específica ni titulación habilitante en AT.

El antecedente reciente, es la vecina provincia de Río Negro, que frente a la reglamentación en el año 2019 propuso que las y los trabajadores que ejercían de at, se matricularan de forma provisoria a través de un examen de nivelación organizado por el ministerio de salud. El plazo para concluir la formación, establecida como tecnicatura fue de tres a cinco años. Frente a la

brecha de accesibilidad a la formación por encontrarse únicamente en institutos privados, la provincia de Río Negro garantizó el acceso a la formación en las instituciones privadas asignando becas totales a los matriculados.

Hasta el momento, la provincia de Neuquén no ha desarrollado una política de profesionalización que acompañe el proceso de reglamentación del AT. Esta ausencia deja en una situación de mayor vulnerabilidad a quienes actualmente ejercen como ats en el sistema de salud provincial, tanto en el ámbito público como en el privado y en el sector de las obras sociales.

En muchos casos, se trata de trabajadoras y trabajadores que desarrollan tareas propias del campo de la salud mental sin contar con condiciones laborales ajustadas al derecho, con reconocimiento profesional efectivo ni con mecanismos suficientes de protección laborales. Si bien estas problemáticas exceden los objetivos específicos del presente trabajo, constituyen el trasfondo material desde el cual adquieren sentido muchas de las tensiones analizadas. En este contexto, la precarización laboral y la insuficiente protección de quienes ejercen el AT emergen como una de las problemáticas más urgentes para la consolidación del campo profesional.

La organización de un colectivo capaz de articular el reclamo por los derechos laborales con una reflexión crítica sobre el devenir de la disciplina continúa siendo un desafío. En la actualidad, las y los ats se encuentran frecuentemente dispersos y fragmentados en discusiones atravesadas por la urgencia de resolver las condiciones materiales de trabajo. Esta necesidad, legítima e ineludible, tiende a postergar la construcción de agendas comunes orientadas a debatir el proyecto profesional, las condiciones de producción del conocimiento y el lugar estratégico de la disciplina en el campo de la salud mental. En este sentido, la precarización laboral no solo vulnera derechos y precariza la vida, sino que también actúa limitando la posibilidad de consolidar un sujeto colectivo con capacidad de organización, representación y movilización.

4. Conclusiones

El análisis del *XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico* permite identificar un campo en proceso de consolidación, atravesado por tensiones entre matrices clínicas dominantes y perspectivas emergentes vinculadas a la salud mental comunitaria. La producción analizada permite pensar que el AT es leído con frecuencia a través de lenguajes provenientes del campo psicoanálisis, al tiempo que se afirma

en intentos por construir una especificidad disciplinar propia, más atenta al territorio, a la continuidad de cuidados y a la dimensión política del padecimiento.

La coyuntura institucional en la que se desarrolló el congreso acentuó estas disputas. La reglamentación de la ley provincial en Neuquén permitió visibilizar la importancia de las luchas colectivas por el reconocimiento del campo, pero también dejó en evidencia la persistencia de desacuerdos acerca de sus formas de organización, sus marcos teóricos y sus estrategias de profesionalización. En este contexto, la pregunta por la autonomía del AT no remite a una separación abstracta de otros saberes, sino a la capacidad de producir herramientas conceptuales y metodológicas propias en diálogo con la interdisciplina.

Avanzar en la consolidación del campo implica, por lo tanto, fortalecer la formación, promover la investigación y profundizar la reflexión sobre el lugar del AT en las políticas públicas de salud mental. Ello supone no solo revisar las categorías con las que se nombran las prácticas, sino también asumir el desafío de construir una producción epistémica capaz de situar el padecimiento en sus atravesamientos políticos, sociales, históricos y materiales, para que la referencia a la comunidad no quede reducida a una consigna o un territorio,

sino que se traduzca en acciones capaces de conmover las estructuras en las que se organiza la vida.

En este marco, queda abierta una pregunta que excede el alcance de este trabajo, pero que resulta ineludible para el devenir del campo: ¿en qué medida el AT puede constituirse en una fuerza capaz de disputar los saberes hegemónicos que organizan la salud mental, no solo en el plano discursivo, sino en la transformación efectiva de sus condiciones estructurales?

Esta pregunta implica desplazar la discusión desde la adopción de marcos teóricos hacia la producción de conocimiento situado para intervenir sobre la determinación social del padecimiento. En este sentido, la potencia del AT no radica únicamente en su inserción en dispositivos existentes, sino en su capacidad de politizar la práctica, construir un horizonte teórico-epistemológico propio y, desde allí, reconfigurar su lugar en el campo de la salud mental.

Lejos de implicar una ruptura con su historia, marcada por su filiación con la psicología y, particularmente, con el psicoanálisis, este movimiento supone una elaboración dialéctica de esa herencia, orientada a la construcción de una autonomía que no se funda en la negación, sino que, a partir de este movimiento habilite

un saber y lugar de síntesis. Es en esa tensión entre filiación y emancipación donde el AT encuentra, quizás, su principal potencia.

Referencias bibliográficas

- Asociación Argentina de Acompañamiento Terapéutico de la República Argentina (AATRA) y Universidad de Flores. (2026). *Programa del XXI Congreso Argentino e Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico*.
- Bang, C. (2020). Salud mental comunitaria en el primer nivel de atención: aprendizajes y desafíos en contexto de pandemia. *Salud Mental y Comunidad*, (9), 16-32.
- Bottinelli, M. M., Garzón, A. C. y Nabergoi, M. (Comps.). (2022). *Tramas en la formación de profesionales en salud: Investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental*. Teseo.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, S13-S27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v31s1a03>

Breilh, J. (2021). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia, ética y valiente en una civilización mal-sana*. Lugar Editorial.

Carpintero, E. y Vainer, A. (2014). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, 1957-1983* (Vol. 1). Topía.

Fisher, M. (2016). *Realismo capitalista: ¿No hay alternativa?*. Caja Negra.

Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

Ley Provincial N°3147 de Ejercicio de Acompañantes Terapéuticos. (2018). Provincia del Neuquén.

Luciani Conde, L. (2019). *Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental*. FEDUN.

Minayo, M. C. de S. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251-261. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.283>

Peverelli, M. (2025). *Campo, práctica y experiencia de*

una clínica entre varios: Acompañamiento terapéutico en equipo. Letra Viva.

Simonotto, E., Paradela, L., López, X. y Mallardi, M. (2015). *La co-visión como posibilidad de crítica al cotidiano profesional y de fortalecimiento de la autonomía profesional* [Documento institucional]. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

