

Vicisitudes del acompañamiento

El acompañante en función

Lourdes Hernández Beltrán

Introducción

La historia de la función de acompañante es menos clara que la adopción de éste como herramienta auxiliar en el tratamiento con pacientes graves; y aunque no hay datos precisos de dónde se originó, su mayor desarrollo se ha dado en Argentina.

El movimiento de apertura de las instituciones manicomiales que se efectuó a mediados del siglo XX trajo consigo nuevas formas de trabajo con pacientes psiquiátricos, así como la implementación de dispositivos de atención ambulatorios, entre ellos el Hospital de Día y la incorporación en el tratamiento de acompañantes con fines terapéuticos.

De alguna manera, y ante el desarrollo de la psicofarmacología, los movimientos antipsiquiátricos y el psicoanálisis, se intentaba subvertir los planteamientos teóricos imperantes; es decir, se daba un giro a la significación de la "locura" y por ende a los dispositivos para su tratamiento.

La primera experiencia en este sentido se dio en la Argentina de 1956, donde Mauricio Goldenberg funda el primer Hospital de Día dentro del Hospital General de Lanús.

"Nuestro proyecto, cuando comenzamos, era ver si podíamos hacer otra psiquiatría y, más aún, ampliar el campo para trabajar en 'salud mental'. Para

realizarlo, teníamos que integrar a trabajadores de otras áreas vinculadas a la psiquiatría, formar equipos interdisciplinarios y prestar una asistencia comunitaria —prevención primaria, secundaria y terciaria— a partir de un servicio —abierto— de psiquiatría en un hospital general, en el que se asistiera al amplio espectro de la psicopatología, con todos los recursos terapéuticos disponibles (...) Lo característico de nuestra actitud era el intento de superar las limitaciones de un mero ejercicio técnico, en un esfuerzo permanente por comprender y comprometerse con la totalidad de la condición humana”.¹

Con este nuevo planteamiento, el psiquiatra deja de ser el eje básico del tratamiento, pues se incorporan al equipo de trabajo a psicoterapeutas, psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos, inclusive antropólogos y sociólogos.

El campo de acción también se modifica, y de operar principalmente en la psicosis y trastornos como el autismo, se abre a otras patologías (adicciones, trastornos de la alimentación, etc.).

La apertura a “otros saberes” plantea nuevos desafíos y necesidades frente a las que había que buscar respuestas. Este es el contexto en el que nace la figura de “acompañante”.

En las páginas siguientes presentaremos una breve reseña del contexto histórico que rodea al surgimiento de esta figura y que nos permitirá entender porque se le llama “terapéutico”. Al respecto, cabe señalar que una de las primeras cosas que me topé al iniciar la búsqueda bibliográfica para el desarrollo de este trabajo, es

¹ Citado por Gabriel Pulice y Federico Manson en: *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico*. “Clase 2. Del ‘mito del origen’ a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica”. Seminario dictado por Gabriel O. Pulice, Gustavo Rossi y Federico Manson. EduPsi–Programa de Seminarios por Internet de PsicoMundo. www.edupsi.com, www.psicomundo.com. En adelante, para referir a este seminario, se utilizarán sólo las iniciales de los autores (PRyM) y el número de clase de la cual se haya tomado la cita; por tratarse de un seminario en internet, no es posible ofrecer número de página.

que todas las referencias aparecen bajo la denominación de “acompañante terapéutico”, marcando de entrada el carácter que solía o suele darse a esta función, que, como sostienen Pulice y Manson, aparece “ligada a una praxis que se ubica más como una investigación que como ciencia establecida”².

La incorporación de esta figura, como veremos, busca favorecer la integración social de cada sujeto en tratamiento y posibilita la reducción en los periodos de internación con su consecuente ahorro en los costos de la prestación del servicio. Esto al menos a nivel institucional.

Otra vertiente, por llamarle de alguna forma, es la inserción del acompañamiento para coadyuvar a la estabilización del paciente en crisis para que éste pueda, entonces sí, comprometerse en su tratamiento.

Breve reseña histórica

El acompañamiento aparece estrechamente ligado a la Psiquiatría. Surge como una herramienta clínica asistencial en el tratamiento de pacientes graves. El acompañamiento nace casi a la par del concepto Hospital de Día y, como toda práctica nueva, emerge más como respuesta a una necesidad, sin el respaldo de un marco teórico que le diera especificidad a la función de acompañante.

Tanto el Hospital de Día como el acompañamiento se erigen en recursos alternativos en un contexto en el que se buscaba la desmanicomialización de las instituciones de salud mental.

Estamos hablando de los años 50, después de la segunda Guerra Mundial, década en la que “la psiquiatría dejó de ser la profesión exclusiva que curaba las

² PRyM, Clase 2: “Del mito del origen, a la situación del acompañamiento terapéutico en Latinoamérica”.

enfermedades mentales y debió convivir con otras disciplinas como la psicología, la psicopedagogía, la antropología, la sociología, etc. Entre ellas, el psicoanálisis, que adquirió un prestigio inusitado que influyó en todas las áreas del saber”.³

En distintos países se da un movimiento de apertura y transformación en el tratamiento de pacientes que acudían a atención psiquiátrica. Este viraje tiene que ver con la visión que se tenía de la institución como contención, sobre todo para pacientes psicóticos.

Desde la perspectiva de los autores del seminario, la salud mental es un área cuyo desarrollo en Argentina se dio al parejo de los cambios económicos y sociopolíticos del país. Después de la segunda Guerra Mundial, el Estado se encargaba de la seguridad social y económica de los ciudadanos y es bajo la perspectiva de este Estado de bienestar que se determina el “campo de la salud mental como aglutinador de esta nueva corriente que pretendía superar el manicomio como forma de asistencia”.⁴

Aparecen entonces las primeras rupturas con la psiquiatría tradicional. Se implementan sistemas abiertos “con la premisa de resguardar la inserción social y productiva del paciente. La experiencia de Trieste con Basaglia, la Psiquiatría de Sector en Francia, y la Psiquiatría Social y Comunitaria en los Estados Unidos”; asimismo “la Escuela Experimental de Bonneuil, fundada en 1969 por Robert Lefort y Maud Mannoni en Francia”. Todo en un escenario de efervescencia social, huelgas, golpes de estado, levantamientos civiles, pugnas políticas, asesinatos políticos, militarización, etcétera.

³ Carpintero, E. y Vainer, A. “La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP)”, en *Topía*: www.topia.com.ar; y “Los cambios sociales y culturales en la década del sesenta y el auge del psicoanálisis en la Argentina”, en *Topía*.

⁴ PRyM, clase 1: “Presentación”.

Hacia 1959 la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) se divide en manicomiales y reformistas, es decir, por un lado quienes defendían a la institución como única alternativa para pacientes graves y por el otro los oponentes a esta visión reduccionista. Las diferencias, por supuesto también eran teóricas; sobre todo con quienes desde el psicoanálisis orientaban su posición frente a las instituciones de salud mental.

Uno de los primeros logros fue la puesta en marcha del Servicio Abierto de Psiquiatría en el Hospital General Evita (Buenos Aires, 1957). Este proyecto, impulsado por el doctor Mauricio Goldenberg, fue pionero a nivel internacional; con ello se "inauguró una apertura del servicio a la comunidad, la integración de un trabajo interdisciplinario y la implementación de esquemas alternativos de tratamiento".⁵

Del lado del psicoanálisis, desde los años cincuenta, Enrique Pichón Rivière había pugnado por insertar esta disciplina en el ámbito hospitalario; crea los Grupos Operativos en los sesenta y promueve la conformación de la Escuela de Psicología Social.

Al igual que los psiquiatras, la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) también sufre un revés. Se le criticaba de rigidez en sus estructuras y de aislamiento respecto de los movimientos sociales; frente a ello, se conformaron los grupos Plataforma (1969) y Documento (1971).

En este clima de tensión hace su aparición también la enseñanza de Lacan que, aunque generando otras divisiones, promovía asimismo nuevos ejes conceptuales.

⁵ PRyM, clase 2: "Historia del acompañamiento terapéutico: movimientos sociales y en salud mental en Argentina de los años 60".

En fin, en 1960 Jorge García Badaracco, jefe de servicio del Hospital J. T. Borda, promueve el primer Hospital de Día en Argentina, y casi al mismo tiempo incorpora el auxilio de acompañantes en el tratamiento con pacientes graves. Para García Badaracco se trataba de una herramienta no intrusiva ni invasiva, y sí altamente continente.

Unos años más tarde, en 1970, Julio Moizeszowicz, especialista en psicofarmacología, incorpora en el tratamiento la figura de acompañante, pues consideraba que con ello se completaba el trabajo interdisciplinario "para tratar de encarar la enfermedad en el quehacer cotidiano".

Los referentes más antiguos se ubican en Moscú en 1935, año en que M. A. Zahagaroy promueve el *quite de camas* del Hospital Psiquiátrico (hospital sin camas). En Canadá, en 1947, Even Cameron promueve una iniciativa similar y le da el nombre de Hospital de Día.

En Argentina, el pionero fue Eduardo Kalina⁶, quien da a la figura de acompañante la denominación de "amigo calificado".

El acompañamiento se fue tornando cada vez más como una alternativa frente a la internación psiquiátrica. A las instituciones les representaba una reducción en el número de camas, que a nivel mundial llegó a significar 50% de las camas de hospital; mientras que a los tratantes les ofrecía la posibilidad de contar con una herramienta que ayudara en el proceso de "reinserción social" de los pacientes perturbados. En algunos casos, sobre todo de familias adineradas, los servicios del acompañante se solicitaban como una forma de evitar la "vergüenza social", es

⁶ Actualmente es Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina y de la Internacional.

decir, optaban por la internación domiciliaria⁷; incluso había quienes rentaban un departamento para que el acompañante pudiera vivir con el familiar enfermo.

No es de extrañar este tipo de prácticas, pues lo que imperaba en aquellos años era una visión educativo-terapéutica no sólo de la función del acompañante, sino del tratamiento en su conjunto; por eso entrecomillamos arriba “reinserción social”, porque el objetivo era ayudar al paciente a reinsertarse en su familia y en la comunidad una vez que abandonaban el hospital psiquiátrico.

Así por ejemplo, Juan Carlos Stagnaro (1960), aunque no se planteaba el término “acompañante”, se auxiliaba con grupos, sobre todo de estudiantes de psicología, para desarrollar actividades de convivencia y socialización con niños y adolescentes psicóticos; los llamaba “líderes de grupo”, cuya función era trabajar “más las actitudes y contraactitudes”. Stagnaro recuerda así esos años:

“A fines de los años '60, y comienzos de los '70, en la Argentina tuvo mucha importancia la influencia de la antipsiquiatría inglesa y de los textos de Basaglia relatando su experiencia en Italia. Había en los psiquiatras jóvenes una inclinación muy fuerte hacia el psicoanálisis y una hostilidad muy grande hacia el manicomio, hacia las internaciones permanentes, hacia el encierro de los locos... también fue la época de mayor difusión de la psicofarmacología, que algunos calificaban con la famosa metáfora del ‘chaleco químico’ como continuando al electroshock, pero que en realidad permitió, cuando fue bien usada, la existencia de los servicios abiertos, la deambulación de los psicóticos en la ciudad, la reinserción social, etc. No estaba enterado de que en aquellos años se practicaran internaciones domiciliarias en forma regular. Yo hice algunas, pero no recurría para ello a la participación de lo que hoy llamamos acompañante terapéutico, más bien trataba

⁷ Cabe señalar que con esta práctica se borraría la diferencia entre acompañante y médico tratante.

de implementar los recursos de la familia o de la realidad social inmediata... tuve otras intervenciones así, pero medio a los ponchazos, con mucho voluntarismo y poca conceptualización de lo que hacía”.⁸

Stagnaro recuerda cómo los líderes de grupo “pasaban gran parte del tiempo de sus 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.”⁹

A principios de la década de los ochenta, en Argentina tiene lugar una suerte de boom de la carrera de psicología; de 300 alumnos inscritos en 1983, al año siguiente la demanda para esta disciplina alcanzó las cuatro mil inscripciones.

Al término de la década, miles de psicólogos carecían de una fuente de trabajo y pocas posibilidades de hacer clínica, de manera que la única alternativa económica, y si se quiere clínica, redituable era convertirse en acompañante.

Para Pulice y Manson este es el momento en que se puede hablar de institucionalización del acompañamiento. Para instituciones y terapeutas era la posibilidad de ofrecer un “plus” a pacientes y familias, ya que además los acompañantes contaban con una formación especializada, si no como

⁸ Pulice, G., *et. al. Acompañamiento Terapéutico*. Módulo III–Entrevistas. Buenos Aires, Polemos, 1997. Citado por PRyM., clase 2: “Del mito del origen”.

⁹ *Ibidem*.

acompañante, porque no existía un marco teórico organizado que respaldara dicha función, sí contaban con conocimientos de la psicología.

Al respecto, intentaremos responder más adelante si es posible y hasta dónde un acompañante requiere de una formación específica; más aún, habría que preguntarse si esa función es terapéutica. Por lo pronto, lo que queda claro es que el acompañante surge como estrategia sí terapéutica a fin de facilitar la "inserción social" del paciente "o la no interrupción de lazos sociales y familiares".

El movimiento que se gesta en los ochenta, en todo caso, tenía el propósito de subvertir los lineamientos imperantes "aún fuertemente arraigados del modelo manicomial." De manera que quienes se oponían a este modelo comenzaron a dar consistencia a la idea de que era posible avanzar en el tratamiento de pacientes graves más allá de los límites físicos de la institución.

A finales de los ochenta el acompañamiento se consolida como una herramienta terapéutica utilizada por el médico tratante para "sostener esquemas de tratamiento ambulatorios con pacientes en crisis, para la reinserción en la familia luego de una internación, y que se da con un recurso humano que permite un trato más personalizado y acotado a una estrategia específica".¹⁰

El interés por el acompañamiento que se dio primero en Argentina, y posteriormente en Perú, llevó a un buen número de profesionales de la salud mental a proponer formas que coadyuvaran en la construcción de un marco teórico que definiera esta práctica. Se trataba, en resumen, de abandonar la idea del acompañante como mero cuidador o agente de socialización, para inscribirlo en una práctica distinta con dinámicas y problemas específicos inherentes a su posición intermedia entre el médico tratante, el paciente e incluso la familia.

¹⁰ Rossi, G., clase 2: "Historia del acompañamiento terapéutico: movimientos sociales y en salud mental en Argentina de los años 60".

La posibilidad de hacer una articulación teórico-clínica en torno a la función del acompañante –que por lo demás demostraba tener gran eficacia en el tratamiento de pacientes tradicionalmente inabordables– tuvo su primera oportunidad en 1994 con la realización del Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico, cuyo nombre no podía ser otro que “Hacia una articulación de la clínica y la teoría”.

Siete años después de este esfuerzo, en 2001, tuvo lugar un segundo congreso, denominado “Hacia una inscripción institucional y académica del Acompañamiento Terapéutico”, al mismo tiempo que se inauguraba la primera carrera de especialización en este tema en la Universidad Católica de Cuyo, en Argentina.

Podría decirse que los congresos recogieron el eco de las necesidades tanto de quienes se desempeñaban como acompañantes, como de las instituciones. Actualmente son varias las instancias, sobre todo en Argentina y Perú, y de manera aún incipiente en países como Uruguay o México (en la ciudad de Querétaro), que vienen desarrollando de forma articulada la capacitación y práctica del acompañamiento, entre ellas, instituciones de salud mental, por supuesto, pero también del ámbito social y judicial, para casos, por ejemplo, de niños en situación de calle, pacientes terminales, adultos mayores, etcétera.

Los esfuerzos por dar al acompañamiento un marco teórico y un reconocimiento en las instituciones (receptoras) y universidades (formación) van más allá, pues actualmente está en movimiento la puja, al menos en Argentina, por otorgarle una identidad jurídica. Aunque no nos vamos a detener en este aspecto, vale la pena señalar que si bien es cierto que algunas instituciones han adoptado la figura de acompañante en sus equipos de atención psiquiátrica, tanto en los sectores público

como privado, la falta de reconocimiento oficial/legal ha tenido consecuencias para pacientes e instituciones.¹¹

¿Qué nace con el acompañamiento?

Veíamos en la breve reseña histórica que el acompañamiento nace casi al mismo tiempo que el Hospital de Día. Las pugnas de las que hablábamos no tenían que ver sólo con la técnica, es decir, no se trataba únicamente de decidir si un paciente era hospitalizado o podía ir a dormir a casa; el punto en cuestión era la nueva significación que se le daba al concepto de locura y a la especificidad del tratamiento.

La denominación que se le ha dado a esta figura varía según la posición teórica de la que se parte para el abordaje clínico; así por ejemplo, en Francia hablan de "animateur", el que entretiene (se le liga a un trabajo grupal); en Canadá se denomina "interviniente clínico". "Amigo calificado", es el término que utilizaba Eduardo Kalina en Argentina; poco tiempo después esta última denominación cambiaría a la de Acompañante Terapéutico, con la cual se sobreponía el carácter terapéutico por sobre la amistad.

¹¹ Ver: "Entre el 'decir' y el 'hacer': la marca de *Cromañón*", Seminario Clínico de Acompañamiento Terapéutico, clase 3. En el anexo a este apartado se relata el caso de una paciente, víctima de un incendio, con dificultad para dormir, pesadillas, temblor nocturno, tensión nerviosa, sensación de ahogo, crisis de angustia y de ira, desgano, pérdida del apetito con disminución del peso, pérdida del sentido de las cosas, imposibilidad para sostener actividades y generar proyectos; todo como consecuencia del evento incendiario. Gracias al acompañamiento la paciente pudo aminorar en gran medida varios de sus síntomas, pero sobre todo aceptó la psicoterapia a la que se resistía antes del acompañamiento. Dos meses después, luego de problemas derivados de huecos en la legislación y a la falta de interés por parte de las autoridades hospitalarias, el acompañamiento fue suspendido, no sin consecuencias para la paciente, quien se replegó dejando de asistir a las consultas médicas y psicoterapéuticas. (Al margen de la vertiente legal del acompañamiento, cabe preguntarse aquí por la transferencia con el terapeuta, pero eso lo retomaremos más adelante).

Frente a esta heterogeneidad de concepciones en torno a la función de acompañante, Pulice, Rossi y Manson (PRyM) se plantean la necesidad de definir su función, es decir, los “rasgos distintivos” de su labor y sus intervenciones.

Este planteamiento hay que ubicarlo en tanto búsqueda de dar un “encuadre” a una práctica que se ha sostenido por sus resultados, pero que no había sido recogida, hasta hace pocos años, en el ámbito académico. Es así como intentan hacer una articulación teórico-clínica, a fin de delimitar la especificidad de la función del acompañante.

El trabajo de PRyM, suma el término “terapéutico” al de acompañante, lo cual anunciaría la concepción que tienen de éste. De ahí que no extraña encontrar desde las primeras líneas de su seminario la expresión “recurso terapéutico” para referirse a ese que cumple una función de intervención fuera del dispositivo del tratamiento.

Ello no obstante, no cierran la pregunta por la función del acompañante; antes bien, en la medida que se proponen abordar las distintas variables que determinan su práctica, y bajo la premisa de que el acompañamiento en cada lugar responde a la articulación que cada quien ha ido haciendo desde su propio corpus teórico, plantean la necesidad de pronunciarse por un punto de partida específico. El punto que eligen lo llaman “la clínica del caso por caso”, rechazando de entrada una clínica de la estandarización y generalización de sus métodos y “fines terapéuticos”

El quehacer de acompañante tiene consecuencias que se derivan de la concepción teórico-clínica que fundamenta ese hacer. Visto así, no intento adentrarme en todas y cada una de las distintas perspectivas desde las que el acompañamiento se hizo posible; de hacerlo será sólo tangencialmente, puesto que el interés personal me lleva a circunscribirme al campo psicoanalítico.

Si hay una definición posible, ésta tiene que ver con la concepción de aparato psíquico y la forma en que se conceptualizan las diferentes estructuras clínicas. Al respecto, PRyM se preguntan ¿cuál es el sujeto del acompañamiento? Responderlo es fundamental. Luego podremos plantearnos el tema de la demanda, de la transferencia.

A diferencia del análisis, en el acompañamiento hay un “cara a cara” un “cuerpo a cuerpo” efectivo; efectivo en tanto se produce en la cotidianidad del enfermo.

Ya desde aquí podemos preguntarnos desde dónde habla el acompañante. El analista lo hace desde el lugar de la transferencia en el dispositivo analítico. El acompañante, en cambio, acompaña al paciente al mercado, a la escuela, al cine, dentro de su casa o al interior del hospital. Incluso, cuando el caso lo exigen, un paciente llega a tener varios acompañantes.

El acompañante, por lo menos desde el punto de vista de PRM, aparece como un facilitador de la palabra, porque se presta para el diálogo cotidiano. Los pacientes entonces empiezan a hablar, a contar, a recordar.

Lugar del acompañamiento

En la medida que el acompañamiento constituye una técnica de intervención ambulatoria, Leonel Dozza¹² hace una reflexión de la tarea del acompañante con pacientes psicóticos. En su reflexión, el autor cuestiona básicamente el objetivo que se busca cuando se prescribe un acompañamiento, a saber: “contribuir a la

¹² Dozza de Mendonga, Leonel. “Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos”, en Infocop: www.cop.es/infocop/Infocop72/info72-51.htm

reinserción social del paciente”, de lo que se derivaría que el acompañante desempeña su función en lo social.

Para el autor, lo social es un lugar que no existe, no se trata de un espacio o lugar físico. Para empezar, hablar de “reinserción” significa que el paciente dejó de estar inserto en algún momento.

Ahora bien, ¿estar recluido en una institución psiquiátrica es estar fuera de lo social? ¿quiénes permanecen aislados en su casa no están dentro de lo social? Para Dozza las personas articulan diversas formas de insertarse, ya como padre, madre, hijo, vecino, miembro de; mientras que los pacientes, dice, pueden insertarse sólo “como enfermo de la familia” o “el loco del barrio”, pero en ningún momento dejan de estar en lo social, pues tanto el hospital psiquiátrico como la familia son instituciones sociales.

En este sentido, Dozza opta por distinguir entre “lo social psiquiatrizante” y “lo social socializante”. Veamos cómo lo articula.

Si lo social no es estar dentro ni fuera de una institución, lo psiquiatrizante entonces tiene que ver con el otro, ¿Quién encarna ese otro?

“En cierta ocasión, los padres de un paciente solicitaron un Acompañamiento Terapéutico para su hijo. Fundamentalmente, se quejaban de que Carlos estaba todo el día en la cama y no hacía nada... ya en los primeros encuentros me di cuenta de que sobre todo la madre estaba constantemente estimulando a su hijo para que hiciera algo; y eso que ya le había obligado a recibir clases de tenis y piano. El Acompañamiento también había sido algo impuesto, y la madre constantemente pedía (y hasta intentaba ordenar) que yo estimulara al paciente para que hiciera algo.

“Aquí ya tenemos un ejemplo de qué quiero decir cuando hablo de lo social psiquiatrizante... es justamente esta dinámica de sobrestimulación la que le impide

al niño descubrir sus intereses y existir por sí mismo... (Cuando Carlos) estaba en el club, recibiendo sus clases de tenis, en realidad estaba inserto en lo social psiquiatrizante, porque no era él (Carlos) quién estaba ahí, sino su madre. Mejor dicho: Carlos sólo podía existir y hacer cosas bajo la condición de objeto de la demanda materna. Sin embargo, en pocas semanas el paciente dejó las clases de tenis y piano y volvió a meterse en la cama... su única forma de defenderse de la demanda materna, y afirmar su existencia en cuanto persona... era lo único que no le estimulaba su madre. El problema es que ahí se cerraba un círculo vicioso: para existir, tenía que no hacer nada; pero al no hacer nada, su existencia no tenía sentido."¹³

Lo que vemos aquí es la función de la mirada en el proceso de subjetivación del sujeto; de ahí que Dozza critica el desempeño del acompañante que circunscribe su práctica a "habilitar al paciente" para "insertarse en la comunidad". En muchos casos se cree que la labor del acompañante es enseñar al paciente psicótico a abordar un camión o a comprarse su comida, esto se debe a que conciben al psicótico como alguien que no tiene "recursos afectivos o conductuales para insertarse en la familia o en la comunidad, entonces es necesario entrenarlo para que desarrolle esas habilidades que no tiene. Esto es justamente lo psiquiatrizante: en el ámbito familiar, la madre de Carlos ubica a éste en el lugar del "niño-flojo".

Otro caso que nos ofrece este autor es el del acompañante que va con el paciente a la panadería. El paciente escoge su pan, lo toma, pero al momento de pagar, el empleado, que de inmediato se da cuenta que está frente a "a un tipo raro", se dirige al acompañante a la hora de hablar y cobrar. En el momento que el acompañante acepta y deja que transcurra esta situación, coloca al paciente en la

¹³ *Ibidem.*

posición de “niño-loco” o carente de recursos, sin percatarse de que lo que enfrenta el paciente es la imposibilidad de usar esos recursos.

Hasta aquí puede advertirse el peligro que representa reducir el acompañamiento a un entrenamiento de habilidades sociales para promover la “autonomía” (mecánica) del paciente. Vemos también cómo la forma de pensar el acompañamiento puede convertirse en método de tratamiento.

Para Leonel Dozza, si bien es cierto que los hospitales abrieron sus puertas y adoptaron nuevas formas de abordar las enfermedades mentales a través de un trabajo interdisciplinario (incorporando en él la figura de acompañante), predominan hoy en día ideologías psiquiatrizantes; “casi no hay propuestas de formación que contribuyan a cambiar los ‘muros mentales’ que llevamos internalizados. Puede ocurrir que, desde el punto de vista concreto, acompañante y paciente están en la comunidad, pero desde el punto de vista vincular, siguen ‘dentro’ de lo social psiquiatrizante”.¹⁴

¿Cómo evitar entrar en ese círculo capaz de petrificar al paciente en la posición de loco? Es claro que el que acompaña no puede tener el mismo tipo de intervención que hace el analista. Si bien es cierto que en la relación que se establece entre ambos se juega el inconsciente, el dispositivo del acompañamiento no está pensado para intervenir a ese nivel.

Algunos autores opinan que el acompañamiento debe centrar su abordaje en el yo, otros, como Renata Barrionuevo¹⁵, señalan que es fundamental que este dispositivo no se reduzca a una relación especular, porque el vínculo es asimétrico. “El acompañante terapéutico –dice– debe advenir a un lugar de Otro simbólico

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ Barrionuevo, Renata. “La especificidad del abordaje en el acompañamiento terapéutico”, en El sigma: www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11480.

para el paciente (no al de un semejante): que le prestará un yo, pondrá el cuerpo, pero en tanto representante de un equipo, agente terapéutico, capaz de distancia y disociación de su yo, alguien que está en función, en rol y que por su trabajo recibe una remuneración económica... El acompañamiento se implementa en situaciones de crisis subjetiva... como un momento de corte, donde el sujeto no puede articular un pedido... Hay que reinstaurar la posibilidad de que el paciente pueda 'decir' lo que ha desencadenado esta crisis".

La posición de Barrionuevo es extrema. No vamos a confrontarla en ese momento, ya que sólo intentamos señalar las diferentes formas de concebir el trabajo del acompañante y sus efectos en el acompañado. Lo que sí es pertinente dejar claro desde este momento es que el único que eventualmente adviene al lugar del Otro, es el analista, y sólo para moverse de lugar.

En cuanto a lo planteado por Dozza es pertinente en tanto lograr la "reinserción" aparece como objetivo de arranque de todo acompañamiento.

La inserción

Como vimos en los apartados anteriores, el acompañamiento se ha convertido en una herramienta que forma parte del dispositivo institucional orientado a la cura o estabilización del paciente psiquiátrico. Es decir, su representante, el acompañante, se suma al equipo interdisciplinario encargado del tratamiento, entre ellos, el médico tratante (psiquiatra, terapeuta o analista), la enfermera y el terapeuta ocupacional, entre otros.

Siguiendo a PRyM, el acompañante no es, ni debe serlo, parte del menú fijo de los servicios de salud mental; su inserción en el dispositivo del tratamiento se define a partir del caso en cuestión, es decir, del caso por caso.

Con este planteamiento los autores marcan de entrada su posición teórica, colocando la singularidad del sujeto por encima de cualquier intento de etiquetar o definir a priori la enfermedad que aqueja al sujeto.

¿Cómo plantearse entonces la necesidad o no de incorporar un acompañante en el tratamiento? Para los autores, si bien es cierto que un tratamiento debe observar la singularidad del sujeto, también lo es que las instituciones practican exámenes y diagnósticos a todo paciente de nuevo ingreso para saber a dónde canalizarlo y más aún: "es bastante habitual (en Argentina) que allí donde no se sabe muy bien cómo insertar a determinado paciente en tales 'programas', según el caso, se lo 'enchaleque' con psicofármacos o se le imponga un acompañamiento terapéutico"¹⁶.

En el marco institucional, dicen, una vez conformado el equipo interdisciplinario que atenderá el caso, es necesario establecer una estrategia de tratamiento y sólo en función de ella podrá definirse la pertinencia de incluir un acompañante y la función que deberá desempeñar.

Cabe señalar que para estos autores el diagnóstico previo que se establece en el primer filtro institucional debe tomarse sólo como punto de partida para organizar las líneas generales en las que se ha de inscribir el tratamiento de un paciente; es decir, servirá sólo para decidir quiénes y cómo se incorporarán al equipo de trabajo.

¹⁶ PRM, clase 4: "La función del acompañante terapéutico y su inclusión en la estrategia de un tratamiento".

La pregunta por la estrategia no es cosa menor, pues como bien señalan, también tiene que ver con la posición frente al saber. El ámbito institucional impone un modelo médico, lo cual implicaría, para el caso del acompañante, contar con un cúmulo de conocimientos y técnicas aplicables a cualquier caso que se le presente con resultados medibles; en tanto que el psicoanálisis coloca al saber en otro lado:

“Hay un saber médico, el que se aplica, es obvio, a los objetos de su campo, mientras en psicoanálisis es el lugar mismo del Saber de lo que se trata. En el sujeto llamado paciente, está en juego una relación del goce, el deseo y la pulsión con los objetos de su Saber. Sería un mal médico quien ignorara la evolución y el tratamiento de ciertos males determinados; pero sería un pésimo psicoanalista quien pretendiera Saber sobre esos objetos de los cuales el paciente pretende ya Saber (en el sentido de la función) mientras que le son enigmáticos”.¹⁷

Si la estrategia se piensa en relación a la singularidad del sujeto, la posibilidad de un saber previo del lado del terapeuta es nula, pero también del lado del acompañante. La función del acompañante, por tanto, “se irá delineando en relación al despliegue, en el marco del tratamiento, de su problemática subjetiva”.¹⁸

En la clínica privada el momento de la inserción lo decide el terapeuta o analista.

Antes de continuar con la función que habrá de desempeñar un acompañante, hagamos una pausa para revisar qué se entiende por terapéutico.

El primer intento por dar un fundamento teórico a la práctica del acompañamiento lo encontramos en el libro denominado *Acompañantes*

¹⁷ Masotta, Oscar. *Lecciones de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires, Editorial Gedisa, 1986.

¹⁸ PRM, clase 4. “La función del acompañante terapéutico y su inclusión en la estrategia de un tratamiento”

terapéuticos y pacientes psicóticos de Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky, discípulas de Eduardo Kalina.

Aunque no tuve acceso al original, vale la pena reseñar los puntos rescatados por PRyM, en los que es posible elucidar el carácter terapéutico que suele darse al acompañamiento.

El acompañante debe:

- 1) Ofrecerse como sostén para contener al paciente, "a manera de chaleco humano".
- 2) Brindarse como modelo de identificación, mostrando al paciente los modos de actuar y reaccionar.
- 3) Hacer las veces de "yo auxiliar", asumiendo las funciones que el yo del paciente no puede llevar a cabo.
- 4) Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente; es decir, liberar la capacidad creativa inhibida para que el paciente tenga un eje en torno al cual organizar su personalidad.
- 5) Proporcionar al médico tratante la información obtenida durante el acompañamiento para la comprensión global del paciente.
- 6) Representar al terapeuta. El acompañante tendría que ayudar a reforzar las interpretaciones realizadas por el terapeuta.
- 7) Actuar como agente resocializador, sobre todo con pacientes severamente perturbados o desconectados del mundo que los rodea.
- 8) Servir como agente catalizador de las relaciones familiares, lo cual contribuye a descomprimir y amortiguar las relaciones del paciente con su familia.

Aunque cada uno de estos puntos son susceptibles de debate, sólo anotaré lo que considero tiene que ver con el tema que me ocupa: la transferencia.

Primero que nada, y aquí coincido con PRyM, en Freud la identificación aparece como una instancia constitutiva del sujeto, no como meta o técnica terapéutica. En Lacan, el yo (moi) es sólo un momento previo a la asunción del *Je*.

En los planteamientos de Kuras y Resnizky no hay una observancia de las fuerzas subjetivas inconscientes del sujeto. No es forzado decir, entonces, que en su definición de acompañante sigue permeando más la idea de éste como “amigo calificado”, pero ni así se justifica su función. “La amistad se da del paciente hacia el acompañante terapéutico, pero no es retribuida, porque no es ético tener una amistad con un paciente, se deben establecer límites, señalando que hay un horario y un cobro al final del día”.¹⁹ Más adelante hablaremos de esto.

Las discípulas de Kalina no parecen darse cuenta que en sus planteamientos llevan al acompañante a un *lugar imposible*, a la ilusión de que todo lo que atañe al sujeto/paciente se mueve en la vida real. Por otro lado, surge nuevamente la pregunta por el sujeto del acompañamiento.

El acompañante está ahí, con el paciente (que no su paciente); pone su cuerpo, sus palabras, sus silencios; está ahí frente a la locura o la enfermedad, con su singularidad frente a otra singularidad. Se le ha propuesto como instrumento para lograr un fin, pero “ese cuerpo sólo se va a sensibilizar a partir del análisis personal, no veo de qué otra manera”.²⁰

Al respecto, Marco Antonio Macías López, catedrático de la Universidad Autónoma de Querétaro, se pregunta: ¿cómo ser soporte de la transferencia, cómo lograr esa intrincación con el otro, cómo lograr esa implicancia y tener intervenciones creativas que permitan ser un florero o un ser indiscriminado?

¹⁹ Gabriel O. Pulice. Citado por Macías López, Marco Antonio. *Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico*. Plaza y Valdés Editores. 1ª. Edición. México, 2006. P. 137.

²⁰ Macías López, Marco Antonio. *Op. Cit.* P. 27.

¿Cómo acompañar a vivir, a volar, a soñar, pudiendo discriminar el acompañante no siendo aquel su vuelo, ni su vida, ni su sueño, e integrarlo como parte de su historia? ¿Cómo lograr todo ello sin haber vivido la experiencia del análisis personal?

Hasta aquí, la función del acompañante tiene un matiz parecido a la del analista, y al igual que éste deja su saber y sus conocimientos fuera del consultorio, el acompañante también prescinde de ello. ¿Qué es entonces lo que el acompañante debe saber? ¿Hay algo que deba saber? Por lo pronto podemos afirmar que un acompañante no puede ignorar que su posición no es la de analista y que no podrá intervenir como tal. Un acompañante no puede intervenir desde su posición subjetiva y para lograrlo será de suma importancia el recorrido realizado por el propio análisis.

La labor de acompañamiento reclama eventualmente respuestas inmediatas frente a las cuales el acompañante debe actuar de forma tal que no quede lugar a dudas, para el paciente, cuál es su lugar en el tratamiento.

Retomando el tema de la estrategia, los autores señalan entre las variables a considerar, las siguientes:

- 1) La singularidad de la demanda, es decir, quién y por qué solicita el acompañamiento.
- 2) El dispositivo del tratamiento (institucional o no institucional).
- 3) La configuración del equipo de acompañantes, esquema y pautas de trabajo (tiempo y encuadre posible).
- 4) Momento del tratamiento en que se plantea la inserción del o los acompañantes.

Una vez que se define la forma de trabajo, el horario y honorarios del acompañante, esto debe hacerse del conocimiento del paciente y su familia, hecho

que al menos le indica al paciente que ese que lo acompañará no es su médico, ni mucho menos su amigo (los amigos no nos cobramos los encuentros).

Esto que hace límite, también puede llegar a representar cierta dificultad, pues el paciente sabe que ese que lo acompaña mantiene comunicación con el resto del equipo tratante. El acompañante entonces tendrá que ingeniárselas para eliminar las barreras que pudieran aparecer y trasladar el acompañamiento a un lugar de mayor libertad “para que lo singular de la problemática del sujeto pueda ir desplegándose”²¹. Hay que estar preparado para esto, sobre todo si nos atenemos a que el acompañamiento suele introducirse en momentos graves.

Veamos un caso que incorporan en su seminario Pulice, Rossi y Manson:²²

Se trata de Luis, un paciente de 47 años..., quien ingresa al hospital Borda a partir de una orden judicial: fue detenido por robar una camisa en un supermercado. A partir de sus testimonios francamente delirantes lo declaran «inimputable», quedando entonces a disposición del Juzgado que interviene en la causa, y es desde allí que se ordena su internación. Ya en el Servicio de Admisión del hospital, se lo deriva a un Servicio de Terapia a Corto Plazo y —no sabemos con qué criterio— se le indica que tiene que cumplir dos meses de internación. Se lo diagnostica —según se desprende de su historia clínica— como «debilidad mental moderada», con «juicio insuficiente, cuadro hipomaniaco, sin trastornos de la memoria». A los dos días de internado, el paciente «...se encuentra ansioso, refiere alucinaciones auditivas, pensamiento delirante acelerado», por lo que se le indica un pequeño cóctel de medicación:

²¹ Clase 6: “Sobre la iniciación del acompañamiento”.

²² El caso fue editado, dejando sólo los fragmentos que nos permitan entender el proceso de inserción del acompañamiento y sus primeros efectos.

Lapenax, Rivotril, Akinetón, Tegretol, Nozinan y Fenegan, todo ello en cantidades adecuadas, es decir, **adecuadas para contenerlo**.²³

Resulta que —también según la historia clínica— este paciente había tenido dos internaciones previas. En la primera de ellas, 7 años atrás, estuvo internado prácticamente durante todo un año. La segunda internación, 5 años después, fue bastante más breve. Lo interesante es que, de acuerdo a lo que rastrea la acompañante, de las notas de esa historia clínica «... sólo se pueden obtener datos estrictamente fenoménicos, ya que en ninguna internación de las anteriores tuvo terapeuta, por lo tanto no se encuentran notas de ningún tratamiento psicoterapéutico»... Hay otra observación interesante que podemos hacer allí relativa al diagnóstico: en la primera internación, se lo diagnostica como «síndrome delirante, con conciencia de situación, no de enfermedad». Vemos la discordancia con la «debilidad mental moderada» que se le adjudica posteriormente.

Hay algunos datos más que podemos registrar allí, surgidos de las entrevistas de admisión de las sucesivas internaciones: tiene 7 hermanos, cuatro mujeres y tres varones, todos casados; su padre falleció cuando él tenía 20 años; la madre vivía con su padrastro, suboficial de las fuerzas armadas, con el que Luis nunca se llevó demasiado bien; los padres se habían separado cuando él era muy pequeño. Luis ... «se orinaba en la cama hasta los 8 años y se chupaba el dedo». La madre, por su parte, dice que ella mantenía la casa con su trabajo y que su marido «... no era malo, pero no trabajaba, castigaba a los chicos, y a ella le hacía beberse la orina...». Pero no era malo. Tuvo mucha suerte este marido, dice la madre de Luis ... conseguía muy buenos trabajos pero no los aprovechaba. Sobre su hijo, dice que todo ... comenzó un año atrás, hubo un viaje a Brasil, y por otra parte él se había recibido de perito

²³ Las negritas son mías.

mercantil, algo que lo hacía sentir muy feliz porque «tenía un título» y, según él mismo dice, «... una persona que sabe mucho, no puede estar loca»...

Los movimientos que comienzan a producirse a partir de la intervención de la acompañante.

«El paciente no tiene terapeuta, no puede hacer vínculo, por lo tanto la demanda del acompañamiento no es específica, sino que parte del servicio...».

Esto es importante, porque aquí vemos que hay una demanda que no parte del sujeto, es el equipo médico el que se plantea la necesidad de implementar algo para movilizar a ese paciente, que estaba allí "arrumbado", a organizar algo en relación a su historia y "precisar su diagnóstico".

Dice la acompañante: «Me llamó mucho la atención en su historia clínica el desalojamiento que hace de las palabras y las notas que adjunta en ella, haciéndome pensar si realmente se trataba de una debilidad mental...». Se refiere aquí ella a cierto trabajo literario que en aquella primera internación había realizado ese paciente, en donde aparecía un interés de él en la poesía. Aparecía también otro interés, en relación a las «claves numéricas del lenguaje», él tenía la idea de que había ciertas claves numéricas a la base del lenguaje, algo que lo llevó, por ejemplo, a escribir 300 poesías. Veamos entonces lo que sucede cuando se inicia el acompañamiento.

Primer día: «Lo busqué en el servicio para presentarme, pero no lo encontré. Nadie sabía de él, no apareció en toda la mañana...». Para quienes no conocen el hospital Borda, conviene apuntar que salvo los pacientes de riesgo, que están con un régimen de encierro, el resto suele deambular por los pasillos, por los jardines... En el caso de Luis, hacía ya un tiempo que habían pasado esos dos meses indicados (por la orden judicial)... Por lo tanto, él no estaba ya «encerrado», por lo que no es extraño que

saliera a caminar, sólo que hasta entonces nadie se había detenido en ello, y no se sabía adonde podría estar...

Segundo día de acompañamiento, una semana después: «El paciente se encontraba en el servicio, estaba en la cama y dice no encontrarse bien, le dolía la cabeza». La acompañante le pregunta si tenía ganas de conversar, y él se levanta de la cama y acepta. Ella se presenta como su acompañante terapéutico, le dice que se van a encontrar todos los martes en ese mismo horario, y que puede contar con ese espacio. Le pregunta acerca de su internación, y él confirma que fue por robar una camisa de un supermercado, él sabía que estaba robando, pero «la jueza le dijo que declare que no se había dado cuenta, para que se atenúen sus cargos». Y él dice que, en verdad, cuando salga de allí no va a robar más, por veinte pesos tener que estar allí no tenía sentido. En relación a ello, dice no tener más ganas de estar en el servicio, se quiere ir. Antes de entrar al hospital vendía lapiceras en los trenes, aunque con eso no era mucho lo que ganaba. Cuando salga del hospital, quiere trabajar como albañil. Se le pregunta si está haciendo alguna actividad en el servicio, y responde que «no sabía que había actividades en el servicio». A él le gusta leer, antes leía poemas de Bécquer, también le gusta la ciencia-ficción, ahora está leyendo una novela «acerca de una persona que está presa y le escribe a la madre»... Casi una novela autobiográfica, podría decirse. Luis pregunta a la acompañante si quiere ver ese libro, se lo muestra, y hace referencia a que hasta el momento no había avanzado mucho, pero que le iba gustando. Se queja de que tiene dolor de cabeza, de que nadie le quiere dar una aspirina. La acompañante le dice que «sólo el jefe del servicio puede autorizarlo a tomar una aspirina», y que podía aprovechar para pedírsela en la Asamblea de Pacientes, actividad que se realizaba un poco más tarde ese mismo día. En ese momento él se va a la cama; pero luego, en el horario de la Asamblea —aún dentro del horario del acompañamiento—, ella le pregunta si no va

a ir y él responde que sí. Una vez allí, Luis no participa activamente de ese encuentro, pero permanece durante todo su desarrollo y, al final, se acerca al jefe del servicio y le solicita su aspirina...

A la semana siguiente, Luis no se encuentra en el servicio, tampoco nadie sabe de él, pero aparece puntualmente en el horario de la asamblea. Le preguntan dónde estuvo, y dice que estuvo caminando por el jardín, que le gusta caminar. Al final de la actividad, la acompañante se acerca y le dice que lo había estado esperando, y él responde que «se había olvidado».

En este punto la acompañante le recuerda el horario del acompañamiento y lugar de encuentro (el Servicio) y le comenta que, además de la asamblea, había otras actividades en las que él podía participar.

En el siguiente encuentro, el paciente estaba en el servicio. Tiene ganas de hablar, comienza a recordar cosas de su infancia, toda una serie de cuestiones en relación a su historia. De pronto, esa «cosa» que antes aparecía como casi indiferenciada de los muebles, tiene ganas de hablar, y entonces se humaniza, comienza a tener una historia, hay toda una serie de episodios que empiezan a aparecer en su relato, empieza a tener un padre, empieza a tener una madre.

La semana siguiente, cuando llega la acompañante, Luis le dice que «la estaba esperando...».

Se produce de este modo un movimiento crucial, dado que la espera de Luis inaugura un momento nuevo, que tiene que ver con su propia implicación subjetiva en relación al espacio de acompañamiento. Para que ello tuviera lugar, fue necesario sostener cierta espera.

Podemos apreciar en este caso cómo, una vez establecida la transferencia, Luis restablece el vínculo con el dispositivo institucional; y cómo el acompañante desde el límite de su función, le posibilita articular cierta demanda. De esto es de lo

que se trata. La acompañante de Luis no le da la aspirina, pero le muestra el camino.

Las reglas del juego estuvieron claras para Luis desde el principio. Había un contrato, un horario, pero sobre todo, alguien que lo escuchó.

Para concluir el tema de la estrategia, hay que precisar que lo que para la institución sería el "encuadre de un caso", para PRyM es la necesidad de poner las reglas claras; diríase, establecer un contrato que ponga límite a la función del acompañante, pero también al paciente.

Al respecto, los autores advierten que las reglas deben ser suficientemente claras para cada miembro del equipo tratante, pero "suficientemente elásticas como para adecuarse a la singularidad del sujeto". Aquí cabe recordar a Lacan en la "Dirección de la Cura", cuando señala que si bien la estrategia está del lado del analista, éste no puede olvidar que lo que dirige es la cura y no al paciente.

Los autores alertan también la dificultad que entraña establecer el contrato con la familia, pues la mayoría de los casos es con ella con quien se plantea el contrato. Hay que recordar que el acompañamiento se inserta en momentos de crisis, cuando el paciente ha perdido el vínculo con lo que lo rodea.

Otro de los peligros que advierten los autores es el rechazo tanto del paciente como de la familia –esta última en casos de internación domiciliaria– ya que llegan a experimentar el acompañamiento como una intrusión en su vida cotidiana. En el imaginario familiar el acompañante puede ser visto como espía (incluso se reportan casos en los que la familia intenta conocer a detalle cada acto y palabra del paciente durante el horario del acompañamiento). El rechazo, sin embargo, es temporal, y para que ello sea así, es necesario que el acompañante introduzca acciones que derriben la resistencia a favor de la transferencia.

Surge aquí nuevamente la pregunta: ¿en qué momento se inserta el acompañamiento? Los autores plantean que es en los momentos más álgidos o graves por los que atraviesa el paciente. Nótese que no dicen tratamiento o enfermedad.

Esto significaría entonces que el momento de la inserción casi coincide con el momento en que el paciente entra en tratamiento, es decir, cuando ingresa a la institución psiquiátrica, con excepciones como el caso de Luis que citamos antes.

Los casos reportados por los autores apuntan al acompañamiento como preámbulo para el tratamiento. Nosotros diríamos, para el análisis.

Aparte del horario y los honorarios, los autores agregan otras variables a considerar al iniciar un acompañamiento; que en realidad son muy similares a los "Consejos al médico" que hace Freud en 1913.

Uno de ellos tiene que ver con la inconveniencia de acompañar a familiares o amigos, ya que esto suele actuar a favor de la resistencia, en cuyo caso, diría Freud, hay que estar preparado para perder un amigo. Otra variable es el tiempo durante el cual se mantendrá el acompañamiento. Este –dicen– debe ser estipulado por el terapeuta o equipo tratante cuando no haya terapeuta; la duración podrá reformularse conforme a la evolución del paciente.

Es casi un hecho que paciente y familiares quieran saber cuánto durará el acompañamiento, a lo cual no es "conveniente ni posible" responder.

Respecto al pago y horario, el paciente o su familia deben responder económicamente aunque falten a sus citas. "Si bien podemos pensar que en dinero y en afecto, el crédito dado al trabajo es el mismo tanto por el paciente como por

la familia, nuestra presencia allí tiene una razón de ser y la cuestión de los afectos es algo que se juega absolutamente en el campo de la transferencia".²⁴

Ahora bien, qué sucede en casos como el de Luis que se inscribe en una institución pública. El pago adquiere necesariamente una dimensión distinta y debe encontrarse alguna forma de pago sin que haya dinero de por medio.

Podemos ver cómo estas recomendaciones son casi idénticas a los consejos de Freud, sólo que en este caso van dirigidos al acompañante. La diferencia con Freud, es que los autores dan a estos elementos que hacen límite en el paciente un carácter terapéutico: "hay que estar alerta –afirman– dado el rol terapéutico desempeñado y comunicarle al paciente y/o su familia, los honorarios que percibiremos por nuestro tiempo y nuestro trabajo. Desde la experiencia clínica no queda sino coincidir con lo dicho por Freud, en el sentido de que, las veces en que se ha permitido que se transgredieran las cláusulas del contrato pactado al inicio de la intervención, es decir, en aquellas oportunidades en que frente a la ruptura del encuadre se continuó con la tarea sin volver a reinstalarlo, se produjeron lo que podría llamarse 'situaciones antiterapéuticas'".²⁵

Lo antiterapéutico tendría que ver, según estos autores, con que el acompañante pierde su posición como tal al ser permisivo, abriendo la posibilidad de que algo de su propia subjetividad se filtre en el manejo con el paciente. Aunque –precisan– que permitir "es una manera de decir, nadie permite *voluntariamente* que suceda algo así; en todo caso, si sucede, es cuando se ha caído –sin percibirlo– en alguna trampa de lo imaginario".²⁶

²⁴ Freud, Sigmund. "Sobre la iniciación del tratamiento" (1913). *Obra Completas*, tomo XII.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

Hasta aquí podemos decir que la forma en que se inicia un acompañamiento es igual a la de un análisis: se establece un horario y un pago, y se rehusa la respuesta a la pregunta por la duración. Lo que lo hace diferente es la particularidad de la demanda.

Como veíamos anteriormente, la demanda viene del equipo tratante, del terapeuta o de la familia, y ¿qué demandan? Que el paciente se cure, que desaparezcan sus síntomas o al menos que se estabilice. Es en este circuito en el que el acompañante se inserta.

Los autores dirán que entra como “representante del tratamiento”, entra como una “garantía”. Para el paciente porque éste se siente contenido facilitándole el desenvolvimiento frente a situaciones que le plantea la realidad social, es decir, el medio que lo rodea; el acompañante le ofrece una escucha particular y su presencia, que al mismo tiempo evoca la presencia del tratamiento. Para el equipo tratante significa que en algún momento ese paciente podrá hacerse cargo de su tratamiento. Visto de otra forma, se trata de que al final el paciente pueda articular su propia demanda.

Cabe hacer un paréntesis para recordar que el acompañamiento se implementa predominantemente en dos circunstancias: 1) al inicio de un tratamiento, en cuyo caso se espera que el acompañante logre encaminar al sujeto a demandar un análisis; y 2) cuando un paciente está en proceso de desinternación, en cuyo caso se espera que el acompañante coadyuve en la “reinserción social” (introducirse o reintroducirse en el círculo familiar, comunitario, social, etc.).

Para concluir este punto diremos que de lo que se trata al inicio de un acompañamiento es, una vez planteados los objetivos generales del mismo, establecer los primeros lazos transferenciales con el paciente, es decir, promover

actividades que permitan al paciente desenvolverse sin reservas con ese que lo acompaña.

Aquí conviene recordar a Freud cuando habla del inicio de un análisis: "Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias, y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente por sí solo establece enseguida ese allegamiento y enhebra al médico a una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor. En cambio, si adoptamos desde el principio una actitud que no sea esta de cariñoso interés y simpatía, y nos mostramos rígidamente moralizantes, o aparecemos ante los ojos del paciente como representantes o mandatarios de otras personas, destruimos toda posibilidad de semejante resultado positivo".²⁷

Esta cita de Freud la hacen los autores para reforzar su planteamiento sobre el inicio de un tratamiento; sin embargo no podemos dejar de preguntarnos cómo concilian la idea del acompañante como "representante del tratamiento" y la observación freudiana del peligro que representa aparecer ante el paciente como "representante o mandatarios de otras personas".

Una de las tareas del acompañante (nótese que no digo "función") es informar al equipo tratante o terapeuta de aquello que se desprende de los relatos del paciente y que el terapeuta desconoce. Los autores no especifican si aquello que se informa es el relato completo o sólo lo que el acompañante considera "relevante" para el caso. En todo caso, cobra vigencia lo que señalábamos páginas atrás: en el acompañamiento se juega también la subjetividad del acompañante; él está ahí para acompañar, escuchar, intervenir y transmitir. Acompañando con su cuerpo biológico, pero también con su psique; e interviniendo y transmitiendo con actos y palabras que son traicionadas. Lo que sí hacen los autores es advertir una y

²⁷ Freud, Sigmund. *Op. Cit.*

otra vez de la importancia, primero, de haber cursado por un análisis personal antes de acompañar a nadie; y segundo, que todo acompañamiento debe ser supervisado por el equipo tratante o en ateneo clínico.

En la experiencia personal que “tuvo lugar”²⁸ en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro se dio el caso de una estudiante de Psicología que hubo de abandonar el acompañamiento tempranamente. Esta chica tenía cicatrices no muy disimuladas en el rostro, derivadas de una serie de intervenciones quirúrgicas que le habían practicado durante la infancia y la adolescencia para corregir una malformación congénita. El sonido entre sordo y rasposo de su voz no fluía normalmente, produciéndose una especie de silbido al hablar. Estando en una reunión de ateneo clínico, habló de cómo el adolescente que acompañaba le hacía revivir su propia historia; una historia de rechazo por su condición física, de imposibilidad de defenderse (su capacidad de hablar era casi nula por las malformaciones) y de una “lucha solitaria” por superarse por sobre todos los pronósticos (“mi madre no creía en mí, me acompañaba a todo pero no creía en mí; y mi hermano andaba en lo suyo”). En ese momento esta chica estaba en análisis; no sé cuánto tiempo llevaba, pero creo que es irrelevante; el punto es que no logró resguardarse, puso más que su cuerpo en la escena del acompañamiento, se identificó con aquel joven por el que nadie apostaba nada. Al final de su exposición dijo: “Sé que tengo que revisar esto en mi análisis, pero en este momento no puedo seguir (con acompañamiento), espero no haya problema; me da mucha pena con ustedes”.

²⁸ El entrecomillado tiene que ver con las dificultades que enfrentamos el grupo de acompañantes. Teníamos lugares físicos aprobados por la institución para llevar a cabo nuestro proyecto, pero el rechazo casi sistemático del personal médico y de enfermería hacía del acompañamiento un lugar imposible.

Traigo a colación esta experiencia porque es muy ilustrativa de los riesgos de ejercer el acompañamiento sin haber cursado por un análisis. La presencia que se ofrece y las actividades que se promueven no son para nada ingenuas. Para ilustrar un poco más este aspecto, veamos lo que pasó con Diego, un niño de 9 años de edad que llegó al Hospital Juan N. Navarro, después de haber pasado por diversas terapias privadas:

Diego era el típico niño “bonito” y tierno que todo mundo acoge con agrado. Esto representaba cierto problema, pues las enfermeras tendían a abrazarlo y apapacharlo frecuentemente, lo cual motivaba algunos recelos entre los internos. Hasta antes de ingresar al Hospital, Diego dormía con su mamá (divorciada, de posición económica relajada y colmaba a su hijo con todo lo que le pedía). Como es habitual, antes de ingresar a un paciente se entrevista a los padres, tutores o responsables de los mismos. El tío que acompañaba a la madre, dijo: “Qué bueno que le van a quitar al niño porque ella lo calienta mucho”. Una de las actividades en su horario de acompañamiento era jugar en la computadora. El juego consistía en lo siguiente: en la pantalla aparecían tres filas de globos y un número del 0 al 9. El número era dado por la computadora y había que arrastrar a un recipiente la cantidad de globos según el número desplegado. Si el número de globos era correcto, se acumulaban puntos. Mientras expliqué el ejercicio a Diego noté cierto temblor en sus manos (más tarde comenté esto con el psiquiatra responsable de la Unidad de Varones y me pidió que le avisara si continuaba el temblor para aumentarle la dosis de medicamento). Le pregunté que tenía. –“Nada”, dijo. –Te tiemblan las manos –No es cierto, no tengo nada. Para Diego fue imposible llevar a cabo el juego. Quería que yo le indicara qué globos mover. –El que tú quieras, le respondía. Así nos la pasamos un buen rato. Finalmente tomé su mano diciéndole que le iba a ayudar a seleccionar los globos; llevé su mano intentando no hacer

presión en ningún lugar en específico. –Cuando quieras el globo que te guste (todos eran iguales) detienes tu mano y ahí damos clic al mouse, le dije. Diego empezó a respirar agitadamente, se levantó azotando los pies en el piso como haciendo berrinche. Le dije que si quería podíamos jugar otra cosa. Dijo que no, pero tampoco dejaba que otros niños tocaran la computadora. Se me fue encima, se abrazó de mi cintura, y en esa posición incómoda me propinó algunas patadas. Le dije que los golpes estaban prohibidos y que si lo prefería podíamos jugar otra cosa. Se soltó llorando diciendo que él quería jugar, pero no podía. Luego pasó lo mismo con otros juegos, si se trataba de dibujar no sabía qué dibujar, quería que alguien le dijera qué poner en el papel. Posteriormente, durante el ateneo clínico, se comentó esto a su terapeuta, quien dijo: “Ya había notado algo, cuando va a dibujar saca los lápices de colores, los alinea y después me pide que le diga con cuál empezar”. También se le hizo saber un detalle más: a Diego le fascinaba abrazarnos constantemente; más que abrazar, parecía que quería fusionarse con el otro.

En este caso, se tomó la decisión de no comunicar más al psiquiatra (quien casi no asistía a nuestros ateneos) el temblor de manos, pues para nosotros era evidente que el temblor formaba parte de la angustia que le producía desear sin la mediación de otros. También fue necesario hablar con las enfermeras, quienes fácilmente se dejaban seducir por este niño “encantador”.

Para concluir este apartado, cito a los autores con el caso de Sofía:

Sofía es una paciente de 24 años con diagnóstico de esquizofrenia catatónica, traída por su madre al Hospital hace tres años. A pesar de los cambios producidos, la enfermedad sigue el curso de la defectuación y cronificación, debido a que no parece reaccionar a los distintos tipos de medicamentos y, por otra parte su madre "boicotea" una a una todas las estrategias terapéuticas. La última de ellas fue la

incorporación de dos acompañantes terapéuticos (en principio, luego se agregó un tercero). El objetivo era claro y concreto: separar a Sofía de su madre. Esta indicación surge a partir de una Presentación de Enfermos en donde quedó expuesto que la paciente estaría ubicada como objeto de goce de la madre, como una extensión de su propio cuerpo. A raíz de esto se piensa en este caso el acompañamiento como ligado al concepto de "Espacio Transicional", en el marco de una estrategia que permita separar paulatinamente a Sofía de su madre.

Con relación a esa estrategia se empezó a desarrollar una táctica gradual. Los acompañantes íbamos a buscar a Sofía a la casa, para ir juntos al hospital, y una vez que cesaban las actividades, volvíamos con ella para su casa. La idea era abrir vías que faciliten establecer distancias, en principio, territoriales entre madre e hija. Fue necesario contar con dos semanas de "adaptación" para que esto pueda finalmente instituirse. El primer día la madre dijo, "¡No puedo separarme de ella, es como si me quitasen un órgano!" De modo que la primera semana, el recorrido se hizo junto con la madre. A la semana siguiente fue Sofía la que no quería ir sola con el AT (acompañante terapéutico), por lo tanto hubo un tiempo en donde el acompañamiento transcurría entre tres. Sin embargo, leímos esta negativa de Sofía, como algo positivo, ya que empezaba a asomarse un atisbo de su subjetividad.

*El modo en el que transcurre este acompañar es ubicándose el AT en una posición diferente a la de su madre. Esto se traduce en soportar los silencios, en no acosarla con preguntas y en no pretender que cuando hable diga cosas "lógicas". Se trataba mas bien, de apostar al sujeto que hay en Sofía y por lo tanto ir construyendo un espacio para que eso pueda ir desplegándose paulatinamente. A partir de que la madre empieza a ceder, se pudo ir instaurando este espacio y pudimos comenzar a ver que ciertos cambios se iban produciendo muy rápidamente. Sofía empezó a caminar **junto**, a sus AT, ya no unos pasitos distanciados, sino al lado de ellos.*

Comenzó también a mirarlos a los ojos, cosa que antes no sólo no hacía, sino que cuando les hablaba, su cabeza estaba girada para el lado contrario. También empezó a mostrar una mayor accesibilidad al contacto físico.

En este trabajo continuo, los AT, fuimos modificando y aplicando diversas tácticas ante una misma estrategia, esto es, desde no hablarle ni preguntarle nada hasta responderle desde la ironía, tal como ella hacía. Por diferentes vías, pero siempre apostando a que algo de Sofía advenga, se hizo necesario apelar permanentemente a la creatividad de los AT, para intentar conmovir en algún grado la posición de la paciente.

Junto a este caso, los autores relatan otros similares. El primero es Ramiro, un hombre de 39 años al que se le indica un acompañamiento con el único objetivo de sacarlo de sus "tres paredes". Ramiro se la pasaba encerrado, no presentaba interés alguno por nada y había roto todo tipo de vínculo con el mundo exterior; "en todos lados me quieren sacar de encima", decía. Luego de derribar algunas resistencias, Ramiro empieza a sentirse convocado por alguien, alguien que no quería quitárselo de encima, sino todo lo contrario: sus acompañantes.

Podemos ver en estos casos cómo el acompañante cumple su tarea o satisface los objetivos de la estrategia, pero ¿es esa su función? ¿es lo mismo tarea que función? ¿alguna de las dos es terapéutica?

Podemos ver cómo el trabajo del acompañante adopta las características que le exige cada caso en particular y no hay una receta que indique cómo actuar en cada uno de ellos. En casos como el de Sofía, por ejemplo, el desbordamiento viene desde la madre y la primera intervención hubo que hacerla con ella. Fue necesaria cierta cuota de transferencia para que madre e hija aceptaran separarse la una de la otra. Del mismo modo, en el caso de Luis, tuvo que producirse cierto

nivel de transferencia para que empezara a recordar y hablar y desde la transferencia articular un pedido.

El acompañante se enfrenta a diversas demandas frecuentemente –dicen los autores– “teñidas de urgencia y una intensidad extrema, que el sujeto realiza en ese vínculo no sólo cara a cara, sino también en ese cuerpo a cuerpo, en esa proximidad que implica el acompañamiento”²⁹.

De la amistad o la transferencia

Antes de responder a las interrogantes recién planteadas hagamos un repaso por el problema de la amistad.

Veíamos al principio que es Eduardo Kalina, pionero en materia de acompañamiento, quien acuña el término “amigo calificado” para designar al acompañante. Muy pronto, el término pierde su sustento, ya que la práctica clínica les muestra –y así lo reconocen sus seguidoras Kuras y Resnizky– que el componente amistoso aplicado en toda su extensión se torna en un elemento “distorsionador del proceso terapéutico”. La condición de amigos coloca a los dos sujetos –acompañante y acompañado– en una dimensión simétrica, sin ese límite necesario para acotar el desbordamiento del paciente, es decir, dejando la relación al libre tránsito de “los deseos de los participantes”.

PRyM sostienen que el componente amistoso es esencial al vínculo entre acompañante y paciente; ello no obstante, dicen, es necesario encontrar un punto medio.

²⁹ PRyM, clase 1: “Presentación”.

Para escudriñar en la paradoja de la amistad, Pulice reseña brevemente un artículo en el que Pierre Aubenque³⁰ hace un breve recorrido por Aristóteles y su maestro, Platón, quien afirmara: “siéndonos los amigos y la verdad igualmente queridos, es nuestro deber sagrado dar preferencia a la verdad”.

Aristóteles, el de la filosofía práctica, ubicaba en el camino a la felicidad al menos tres virtudes: la buena conversación, la magnificencia y, sobre todo, la amistad. “La amistad –citando a Aristóteles– es una virtud o va acompañada de virtud y es, además, la cosa más necesaria en la vida. Sin amigos nadie escogería vivir, aunque tuviese todos los bienes restantes. Los ricos mismos, y las personas constituidas en mando y dignidad, parecen más que todos tener necesidad de amigos. ¿Cuál sería, en efecto, la utilidad de semejante prosperidad quitándole el hacer bien, lo cual principalmente y con mayor alabanza se emplea en los amigos? ¿O cómo se podría guardar y preservar dicho estado sin amigos? Porque cuanto mayor es, tanto es más inseguro. Pues en la pobreza también, y en las demás desventuras, todos piensan ser el único refugio los amigos. A los jóvenes asimismo son un auxilio los amigos para no errar; a los viejos para su cuidado y para suplir la deficiencia de su actividad, causada por la debilidad en que se encuentran; y a los que están en el vigor de la vida, para las bellas acciones: son dos que marchan juntos, y que, por ende, son más poderosos para el pensamiento y la acción.”

Frente a esta descripción aristotélica, Aubenque llama la atención sobre la contradicción que subyace al bien y la virtud. “No conciernen –dice– más que a amistades imperfectas, o basadas en algún malentendido”; y prosigue con las contradicciones: “no están ausentes en la esencia misma de la amistad”.

³⁰ Aubenque, Pierre. “Sobre la amistad en Aristóteles”, revista *El Murciélago*, Buenos Aires, Anáfora Editora, 1990. Citado por Pulice, Gabriel O., clase 7: “La problemática de la amistad en el acompañante terapéutico”.

Para Aristóteles, la igualdad entre amigos deriva de la premisa según la cual “lo semejante ama a lo semejante”, lo que no excluye que medien y se toleren algunas desigualdades. Pero ¿cómo puede amar un rico a un pobre? Cuando existe un elemento de superioridad es necesario aplicar la Ley de Proporción bajo un principio de compensación; así –dirá Aristóteles– “el mejor debe ser más amado de lo que él ama” (lo que se ama está vinculado al bien).

La noción de “bien” viene a enrarecer este planteamiento, porque ¿cuál sería el mayor bien que se puede desear a alguien? “Ser Dios”, sólo que en este caso la amistad ya no sería posible, porque el mayor bien que deseamos a nuestros amigos implica la posibilidad de perderlos. “Es el destino trágico de la amistad este desear para el amigo un bien mayor y más puro cuanto más grandes es la amistad, que no subsiste empero ‘más que si el amigo permanece tal cual es’: ni Dios, ni sabio, simplemente hombre. La amistad tiende a apagarse en la trascendencia misma que ella desea: en el límite, la amistad perfecta se destruye a sí misma. La amistad humana encierra pues en su definición una imperfección en esencia”.³¹

Esta apretada síntesis del artículo de Aubenque, nos permite ya observar lo siguiente: lo que se nos plantea es la dimensión especular o imaginaria de la amistad. La amistad aristotélica supone un conocimiento de sí mismo que pasa por la mediación del otro. Siguiendo a Aubenque, “No podemos contemplarnos a partir de nosotros mismos... Al igual que, si queremos contemplar nuestro rostro, lo hacemos mirándonos en un espejo, cuando queremos conocernos nos miramos en un amigo”.

Según Aristóteles, el hombre es estructuralmente incompleto, porque si en el mayor bien está Dios y Dios “no nos necesita” (es para sí su propio bien), lo único que nos queda es sustituirlo; por algo nos hizo a su imagen y semejanza. El hombre

³¹ Aubenque, Pierre. *Op. Cit.*

tiene que conocerse y realizar su propio bien "a través de su otro yo mismo". El hombre imita lo divino, prolonga las intenciones divinas e intenta introducir en su mundo "algo de esa unidad que Dios no pudo hacer descender hacia él".

Entonces, en el camino a la felicidad, vía la amistad, el hombre incompleto necesita la mediación del otro, del semejante, el otro con minúscula.

Los hombres, concluye Aubenque, "se hacen progresivamente mejores por el ejercicio de los actos amistosos y la corrección recíproca, y se modelan tomando unos de otros las cualidades en que se complacen"; luego, unos se reúnen para beber, otros para jugar.

Dejemos por el momento a un lado la imposibilidad de la amistad perfecta y centrémonos en la amistad más humana, la que se establece entre dos ilusoriamente iguales.

En el desarrollo de un acompañamiento, es muy común que el paciente ubique al acompañante en el lugar de amigo, y ello no es extraño, pues las actividades que se realizan (caminatas, juegos; visitas al cine, al parque o al supermercado; y por supuesto charlas, etc.) fácilmente pueden generar, en el imaginario del paciente, esta confusión. Por lo demás, las intervenciones del acompañante son o deben ser claramente distintas a las del terapeuta o analista.

Al respecto, Pulice señala que el acompañante debe discriminar entre los actos amistosos que favorecen el tratamiento de aquellos actos que pudieran obstaculizarlo. El componente amistoso, entonces, debe utilizarse como un arma para generar confianza en el paciente y permitir que se establezcan los lazos transferenciales.

Si bien es cierto que el paciente intenta encontrar un amigo, el acompañante no puede responder de la misma manera. Lo vimos en el caso de Luis, cuyo

acompañante, en un movimiento sencillo, pero puntual, le indicó cuál era su posición (como acompañante) y qué podía encontrar allí, en ese lugar.

Respecto a la posición de semejante quizá vale la pena retomar la idea aristotélica de que la igualdad entre amigos debe admitir cierta diferencia. Es decir, se es semejante, pero no idéntico.

Pulice advierte que alejarse demasiado del lugar de semejanza puede derivar en imposibilidad para establecer el vínculo necesario para el desarrollo del acompañamiento; el acompañante, entonces, debe encontrar el punto medio (caso por caso) para sostenerse en esa posición en un marco de espontaneidad y familiaridad, al mismo tiempo que empuja al paciente a sostenerse como sujeto deseante.

El acompañante, decíamos páginas atrás, no puede responder a la demanda de amistad con amistad; puede “dejarse ubicar” como amigo, pero también debe recordar sus límites en tanto que su presencia ahí corresponde a una estrategia.

Un acompañante también hace las veces de “bálsamo”; la “ilusión” de su amistad permite al paciente dialogar en un espacio contenido. De esto es de lo que se trata cuando un paciente se encuentra desbordado por su angustia o en momentos de crisis. “Comprobamos con frecuencia –señala Pulice– cómo ésta sola presencia genera una sustancial sensación de alivio, permitiendo que ese malestar que acosa al paciente en esos momentos pueda tener, por vía de la palabra, alguna tramitación”³².

¿Cómo lograr el punto medio? No es una pregunta fácil de responder, porque cada caso es distinto. Cualquier respuesta posible terminaría seguramente en un listado de actividades y propuestas de respuestas frente a situaciones tipo, al estilo

³² Pulice, clase 7: “La problemática de la amistad en el acompañamiento terapéutico”.

de Kuras y Resnizky. Lo que sí vale para todos los casos es, de entrada, el establecimiento del horario y el pago; este acto marca en sí un límite y una diferencia. Salvo que el acompañante lo olvide o permita transgresiones al contrato, el paciente sabrá que ese con el que comparte pedazos de su vida cotidiana no es un amigo incondicional, ni cómplice, ni espía.

En este punto vale la pena recordar a Freud, cuando dice: "La ausencia de la regulación que el pago al médico sin duda establece, se hace sentir muy penosamente; la relación toda se traslada fuera del mundo real, y el paciente pierde un buen motivo para aspirar a la cura".³³

Para finalizar con el componente amistoso, diremos que el acompañante debe estar alerta de las maniobras que pudiera echar a andar el paciente para romper el límite; debe también canalizar las demandas al lugar que le corresponden: al terapeuta o al analista.

Recuperemos ahora el planteamiento de Renata Barrionuevo que citamos arriba, en cuanto a que el acompañamiento se centra en el abordaje del yo, en un momento de crisis subjetiva.

El acompañamiento se inserta como un momento de corte, donde el sujeto no puede articular un pedido. "Hay silencio respecto al malestar subjetivo, imposibilidad de poner palabras, entonces se hace necesario calcular desde dónde se produce esta ruptura y facilitar los caminos para hacer hablar la urgencia: ponerla en palabras". Se trata de reinstaurar la posibilidad de que el paciente pueda decir lo que ha desencadenado esta crisis y pasar "de la urgencia del Otro (médico, familia, sociedad, etc.) a la urgencia del sujeto".³⁴

³³ Freud, Sigmund. (1913) "Sobre la iniciación del tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)", tomo XII, p. 135.

³⁴ Barrionuevo, Renata.

A diferencia de un análisis, en el que se intenta trabajar con el sujeto del inconsciente, el acompañamiento opera en el terreno del yo, por lo que la transferencia imaginaria es lo primero en desplegarse, transformando el espacio del acompañamiento en terreno fértil para acceder al mundo de representaciones del paciente. Aquí la función del acompañante será estimular y sostener esa transferencia, pero sólo como momento transitorio para facilitar al paciente el despliegue de la palabra.

Según Barrionuevo, "es tarea del AT (acompañante terapéutico) tornar esta transferencia en simbólica, es decir, que el paciente ubique al AT en su serie psíquica, para luego de trabajarla, llegar a criterio de realidad y discriminación".

Bajo esta perspectiva, el acompañante "se ofrece" a soportar la transferencia, toda vez que se erige en sostén subjetivo en la vida cotidiana. "Se ofrece a soportar la transferencia para ser trabajada", dirá la autora, quien no especifica a qué se refiere con trabajar la transferencia. En este punto sólo diremos que la transferencia no se trabaja, se efectúa.

Como es de suponerse, sobre todo si recordamos a Freud (1912) cuando señala que la transferencia no está atada a un solo modelo, el paciente, siendo tratado por un equipo, establece diferentes tipos de transferencia.

La transferencia es un fenómeno normal, no es exclusivo del dispositivo analítico. Según Freud, es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, es decir, determina la forma en que se relacionan con ellos, pero sólo en el marco de un análisis la transferencia es la escena en que se desarrolla, propiamente hablando, el proceso de la cura. Naturalmente, el paciente en acompañamiento pone alguna cuota de esperanza y expectativas en el acompañante. Esto es lo que Lacan llamaría transferencia imaginaria.

Conclusiones

Un acompañante es alguien que, preparado especialmente para hacerlo, pasa largos periodos del día o de la noche, con aquel que requiere de sus servicios. Con él entabla un diálogo. Un diálogo del cual luego informará al profesional que indicó la conveniencia del acompañamiento: habitualmente un psicólogo, un médico, un psicoanalista.

Aunque el acompañamiento nació como herramienta para el trabajo con psicóticos, muy pronto se incorporó al tratamiento de enfermos graves, adultos mayores, niños en situación de calle o con problemas de adicciones, entre otros. Casos todos en los cuales resulta deseable una disponibilidad de tiempo y de escucha que excede los habituales cuidados profesionales.

La implementación de acompañantes como auxiliares terapéuticos en diversas situaciones que así lo requieren ha dado, hasta el presente, excelentes resultados. Esta excelencia se percibe tanto en el terreno personal, en el cual el paciente logra evitar la soledad, como en el terreno terapéutico, en el cual se observan notables incrementos en la esperanza de vida y en el proceso curativo en general.

El acompañante ofrece al paciente una condición que el psicoanalista o el psiquiatra no pueden brindar: una mayor presencia, al menos en cuanto al tiempo. Si esa mayor presencia se liga a una escucha depurada, y a la protección analítica del acompañante, entonces, en un trabajo de equipo dirigido por el psiquiatra o por el psicoanalista, puede esperarse un adecuado manejo de las crisis y de la eventual internación.

Frente a esto, la pregunta por si el acompañamiento es terapéutico o no, nos parece que no. Si bien es cierto que Pulice, Rossi y Manson, mantienen este

adjetivo, lo que se ve a lo largo de su seminario –en el que sostienen una y otra vez que el abordaje del enfermo se hace caso por caso–, es que lo terapéutico queda del lado del equipo tratante, en tanto se proponen objetivos a alcanzar con cada paciente. El acompañante en función se convierte simplemente en eso: acompañante. Aunque el efecto es, eventualmente, terapéutico, sus intervenciones no son terapéuticas.

Acompaña todo lo acompañable, como decíamos, la niñez, la senectud, la convalecencia, enfermedades graves o terminales (la muerte) y, por supuesto, la locura. En tales casos, la soledad de estos encuentros puede ser mitigada por una práctica adecuada de presencia y escucha. El acompañante no solo funciona como intermediario entre el paciente y el profesional tratante, sino también entre el paciente y su entorno social, necesitando con frecuencia de la adecuada ayuda que le permita sobrellevar una situación particularmente conflictiva o, incluso, insoportable.

¿Hasta dónde es posible hablar de fundamentos teóricos en esta práctica? Por las mismas razones que acabamos de exponer, un acompañante debe tener al menos conocimientos generales de las disciplinas teóricas del campo de la salud mental, así como líneas generales éticas acordes a la función que está llamado a cumplir. Y, desde luego, en torno a sus propias dimensiones de enfermedad, de locura y de muerte, lo cual deberá ocurrir en su análisis personal.

Finalmente, la tarea del acompañante será cumplir el objetivo planteado por el equipo tratante. Su función será la de ofrecerse para contener el exceso de padecimiento psíquico y lograr que aquello que retorna como goce sea puesto en palabras, para que al final esas palabras sean llevadas a otro lugar: al análisis o a la terapia.

Ello no es fácil, porque el paciente convoca al acompañante a lugares distintos vía la transferencia. De ahí que las actividades o charlas que tengan lugar durante el acompañamiento estarán siempre teñidas de resistencia, de fenómenos transferenciales y contratransferenciales (recordemos que para Lacan son las dos caras de la misma moneda) a los que el acompañante deberá responder en el momento, sin perder de vista –insistimos– su posición dentro del dispositivo del tratamiento. Si no se entiende así a esta práctica, las consecuencias pueden ser nefastas para el acompañante y, eventualmente, para el acompañado. Que el paciente coloque a su acompañante en el lugar de amigo es sólo la dimensión resistencia a través de la cual el enfermo intenta romper el límite al que está llamado.

Nos parece que el componente amistoso del que hablan Pulice, Rossi y Manson a donde apunta es a la transferencia propiamente dicha. La amistad, por mínima que sea, implica cierta dimensión amorosa y ese es un lugar, pero el acompañante no puede aceptar el lugar de amado.

El acompañado, como el analizante, cree tener frente a sí su objeto de amor, su objeto de deseo; pero la función de acompañante y analista es la de objeto causa. Desde ahí operan. Sólo bajo esta perspectiva es posible aceptar la propuesta de estos autores de “dejarse ubicar”.

Donde hay amor, decía un profesor, sobran las palabras. Y lo que se busca es que la palabra aflore. Cuando la palabra aparece entonces sí hay posibilidades de hacer algo, de intervenir. En todo este proceso la escucha del acompañante es fundamental, aunque no podrá intervenir como analista, porque también de este lugar debe moverse. Vale decir: escucha como analista, en tanto reconoce que los actos y palabras que emergen en el acompañamiento tienen otro destinatario.

Finalmente, a la pregunta de cuál es el sujeto del acompañamiento creemos que se responde al ubicar al acompañante como objeto causa: el paciente.

CIUDAD DE MEXICO ● NOVIEMBRE DE 2008

Bibliografía

- BARRIONUEVO, Renata. "La especificidad del abordaje en el acompañamiento terapéutico", en *El sigma*: [www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido= 11480](http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11480)
- CARPINTERO, E. y Vainer, A. "La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP)", en *Topía*: www.topia.com.ar
- "Los cambios sociales y culturales en la década del sesenta y el auge del psicoanálisis en la Argentina", en *Topía*: www.topia.com.ar
- DOZZA de Mendonga, Leonel. "Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos", en *Infocop*: www.cop.es/infocop/Infocop72/info72-51.htm
- FREUD, Sigmund. "Dinámica de la transferencia" (1912), en *Obras Completas*, tomo XII. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912). *Ibid.*
- "Sobre la iniciación del tratamiento" (1913). *Ibid.*
- "26ª Conferencia: La Transferencia" (1917). *Ibid.* Tomo XVI.
- MACÍAS López, Marco Antonio. *Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico*. Plaza y Valdés Editores. 1ª. Edición. México. 2006.
- MASOTTA, Oscar. *Lecciones de introducción al psicoanálisis*. Editorial Gedisa. Buenos Aires. 1986.
- PULICE, Gabriel; Rossi, Gustavo; Manson, Federico. *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico*. EduPsi – Programa de Seminarios por Internet de PsicoMundo. www.edupsi.com, www.psicomundo.com