

M. Laura Frank - Maricel Costa - Dolores Hernández
Comp.

Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras

 Editorial Brujas

**María Laura Frank
Maricel Costa
Dolores Hernández**

Comps.

Acompañamiento Terapéutico Clínica en las fronteras

 **Editorial Brujas**

Título: *Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras*

Compiladoras: María Laura Frank, Maricel Costa, Dolores Hernández

| | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Autores: Alejandro Chévez | Lenara Spedo Spagnuolo | Mónica Santolalla |
| Ana Cecilia Marengo Villasuso, | Leonel Dozza de Mendonga | Natacha Zapata. |
| Analice de Lima Palombini | Liliana Montero | Pablo A. Dragotto |
| Andrea Montuori | Lorena Nájera Ávila | Rodrigo Santillán |
| Carlos Eduardo da Silva Carneiro | Lucía Sánchez; | Romina Machado, |
| Claudia Torcomian | Luciana Chauí Berlinck | Rosario Del Corro, |
| Daniela Tello | Marco Antonio Macías | Sergio Nicolás Andorno, |
| Deborah Sereno | Maria Eugenia Rossi | Silvia Resnizky |
| Dolores Hernández | Maria Giraldo | Susana Kuras Mauer |
| Fátima Benítez, | María Laura Frank | Vera Lúcia Pasini |
| Graciela Bustos | Maricel Costa | Verônica da Silva Ezequiel |
| Jesica Morán, | Mauricio Hermann | Verónica Fernández |
| Jorge Pellegrini | Mayra Sanchez | Wemerson Peixoto de Melo Moura |
| Karina Chayan | | |

Acompañamiento terapéutico : clínica en las fronteras / Alejandro Chévez ... [et al.] ; compilado por María Laura Frank ; Maricel Costa ; Ana Dolores Hernández. - 1a ed . - Córdoba : Brujas, 2017.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-591-805-4

1. Acompañante Terapéutico. I. Chévez, Alejandro II. Frank, María Laura, comp. III. Costa, Maricel, comp. IV. Hernández, Ana Dolores, comp.
CDD 610.7372

© De todas las ediciones, los autores

© Editorial Brujas

1° Edición.

Archivo Digital: descarga y online ISBN
978-987-591-805-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.



www.editorialbrujas.com.ar publicaciones@editorialbrujas.com.ar

Tel/fax: (0351) 4606044 / 4691616- Pasaje España 1486 Córdoba-Argentina.

Índice

Palabras de presentación 9

Capítulo 1

Cotidiano /Dispositivos en AT 11

AT en lo cotidiano, una clínica en las fronteras.....13

Luciana Chaui Berlinck

Dispositivos de frontera 21

Silvia Resnizky

Há uma epistemologia para o Acompanhamento Terapêutico?27

Mauricio Castejón Hermann

Caminos, fronteras, barreras para el AT: documentos de viaje39

Pablo Dragotto

Procesos de adecuación en servicio de pacientes crónicos. Proyecto 17.49

Karina Chayan

Psicodrama y teatro espontáneo como herramienta conceptual para

el acompañamiento terapéutico de personas con enfermedad mental

grave.....55

Alejandro Chévez, Andrea Montuori

Abordajes en AT una mirada ampliada hacia la familia67

Frank María Laura

¿Por qué no caminar juntos? La fuerza del acompañamiento entre

AT y psicoanalista.....75

Mónica Santolalla

| | |
|--------------------------|----|
| Hacer lugar | 83 |
| <i>Dolores Hernández</i> | |

| | |
|--|-----|
| Capítulo 2 | |
| Clínica / Sujeto y Subjetividad | 89 |
| Acompañamiento terapéutico. Un espacio vincular | 91 |
| <i>Lic. Susana Kuras Mauer</i> | |
| El avatar de la función coordinación: sobre la función coordinación y la función acompañante en un caso de esquizofrenia | 99 |
| <i>Rodrigo Santillán</i> | |
| Transferencia y Supervisión en el contexto del AT | 109 |
| <i>Verónica Evangelina Fernández</i> | |
| Algunas precisiones en relación con la transferencia en el acompañamiento terapéutico. Cuando el goce llama | 115 |
| <i>Marco Antonio Macías López</i> | |
| Reflexiones en torno la demanda, el rol y la posición ética del AT a partir de un caso..... | 123 |
| <i>Ana Cecilia Marengo Villasuso</i> | |
| Hablando sobre el tiempo en el AT | 129 |
| <i>Deborah Sereno</i> | |
| La construcción de una voz: constitución del sujeto y el autismo desde la clínica del Acompañamiento Terapéutico | 139 |
| <i>Lenara Spedo Spagnuolo</i> | |
| La dimensión de cambio en la conceptualización del acompañamiento terapéutico | 147 |
| <i>Maria Giraudo</i> | |

| | |
|--|-----|
| Andanzas por los diferentes tiempos del Acompañamiento Terapéutico:una experiencia en formación..... | 157 |
|--|-----|

*Verônica da Silva Ezequiel, Analice de Lima Palombini,
Vera Lúcia Pasini*

Capítulo 3

| | |
|--|-----|
| Fronteras/ Abordajes e inserciones del AT..... | 165 |
|--|-----|

| | |
|---------------------------|-----|
| ¿Cuántas edades hay?..... | 167 |
|---------------------------|-----|

Jorge Pellegrini

| | |
|--|-----|
| Escena social y escena terapéutica: El Acompañamiento Terapéutico Grupal (ATG) | 175 |
|--|-----|

Andrea Montuori, Alejandro Chévez

| | |
|---|-----|
| Acompañamiento dual, familias complejas | 183 |
|---|-----|

Graciela Bustos

| | |
|----------------------------------|-----|
| Los derroteros por la falta..... | 195 |
|----------------------------------|-----|

Daniela Tello

| | |
|---|-----|
| A postura familiar e o resgate da autonomia e das potencialidades de um usuário de CAPS: um estudo de caso..... | 201 |
|---|-----|

*Wemerson Peixoto de Melo Moura,
Carlos Eduardo da Silva Carneiro, Kleber Duarte Barreto*

| | |
|--|-----|
| Importancia del acompañamiento terapéutico escolar como especialidad | 209 |
|--|-----|

*Prof. Lic. Benítez, M. Fátima, Lic. Del Corro, Rosario,
Lic. Machado, Romina, Prof. Lic. Morán, Jesica*

| | |
|--|-----|
| Resistencias familiares al dispositivo de AT | 215 |
|--|-----|

Sergio Nicolás Andorno

| | |
|---|------------|
| Capítulo 4 | |
| Caminos/ Formación del at y Políticas Públicas..... | 221 |
| Fronteras del acompañamiento terapéutico.....223 | |
| <i>Leonel Dozza de Mendonça</i> | |
| Reflexiones a propósito del Congreso Internacional de AT 2015 ...229 | |
| <i>Claudia Torcomian</i> | |
| ¿Desarmamos lo claro y evidente?.....233 | |
| <i>Maria Eugenia Rossi</i> | |
| El acompañamiento terapéutico en el proceso de transformación de las prácticas en salud mental | |
| <i>239</i> | |
| <i>Maricel Costa</i> | |
| La formación del acompañante terapéutico, una posición epistemológica y ética.....249 | |
| <i>Mtra. Lorena Nájera Ávila</i> | |
| La Salud Mental en Córdoba y la necesidad de regular la profesión de AcompañanteTerapéutico | |
| <i>255</i> | |
| <i>Lic. Liliana Montero, Mgter. Mayra Sánchez</i> | |
| Creación de la carrera de Acompañamiento Terapéutico en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.....267 | |
| <i>Lucia Sanchez, Natacha Zapata</i> | |
| Lo sensible en la formación para el Acompañamiento Terapéutico | |
| <i>271</i> | |
| <i>Analice Palombini</i> | |

Palabras de presentación

Acompañamiento Terapéutico. Clínica en las fronteras es un libro que reúne producciones actuales que interrogan y teorizan sobre los temas que convocan a quienes construyen día a día la clínica del Acompañamiento Terapéutico. Remite a la condición extra territorial de la práctica del acompañante. Desde su nacimiento el rol del at se mantiene en una zona intermedia, en los espacios “entre”; una característica que le ha dado riqueza y entidad propia. El at necesita recorrer los caminos que se abren frente a él en un territorio de desafíos muchas veces lleno de obstáculos. La construcción de marcos teóricos y la posibilidad de sistematizar la clínica permiten al campo del AT desafiar la frontera y lo cotidiano con rigurosidad científica y ética.

El punta pie inicial para este libro fue el Congreso Internacional de AT que se realizó en Córdoba en octubre de 2015, fue un encuentro generador de discusiones y construcciones novedosas. Sin embargo, no se trata de una recopilación de los trabajos presentados sino un intento de tomar una fotografía del momento actual del Acompañamiento Terapéutico en Iberoamérica. La producción reúne textos que permiten sistematizar contenidos y generar un lugar de llegada. Se trata de un texto que reúne respuestas a muchas preguntas, pero que a la vez relanza nuevas.

La lógica que hemos elegido es la de los caminos en las fronteras y en lo cotidiano, senderos sinuosos que los acompañantes saben recorrer. Se trata de caminos por donde la teoría se va construyendo para dar marco y sustento a la aparición de un nuevo rol profesional en los equipos de salud. Caminos en permanente movimiento, cambio y transformación que nos llevan a encontrarnos con significantes bajo los cuales hay cierta pluralidad de textos, en un modo que se asemeja a la llegada a una frontera física entre países o ciudades: un escenario donde conviven una multiplicidad de actores.

Hemos optado por organizar el libro desde una lógica horizontal atravesada por significantes que dan lugar a la lectura y a la escritura en relación con algunos de los temas que refieren a la práctica del Acompañamiento Terapéutico. Cada capítulo congrega textos de autores jóvenes, de acompañantes terapéuticos que han sido premiados por su trabajo, de autores reconocidos con larga trayectoria, así como textos de las más diversas procedencias. Decidimos mezclarlos, conjugarlos de la misma manera en que se presentan en lo cotidiano. Han sido reunidos por la vigencia del tema del que tratan y por el aporte que hacen más allá de las fronteras del reconocimiento o del lugar de origen.

Los significantes *Cotidiano*, *Clínica*, *Frontera*, *Caminos* marcan un territorio como mojones que orientan al viajero que se aventura en el terreno de la lectura, un caminante que recorre caminos desconocidos: señales que limitan un lugar o un capítulo y que dan cuenta de un campo complejo y plural. Tal diversidad de estilos y propuestas se encuentran agrupadas bajo cuatro ejes principales: *Dispositivos en AT*; *Sujeto y Subjetividad*; *Abordajes e Inserciones del AT*; *Formación del at y políticas públicas*.

Como un rompecabezas *Cotidiano-Dispositivos en AT*, *Clínica - Sujeto y Subjetividad*, *Frontera - Abordajes e inserciones del AT*, *Caminos - Formación del at y políticas públicas* componen conjuntamente una unidad, de profunda reflexión y teorización en este campo profesional en construcción.

Agradecemos a los autores que generosamente contribuyeron con sus escritos para que esta publicación sea posible.

Recomendamos al lector que se sumerja en los caminos de la escritura sin temor a las fronteras de lo cotidiano.

Las compiladoras
Córdoba, 21 de agosto de 2016.

Capítulo 1

Cotidiano /Dispositivos en AT

“Los dispositivos tienen, pues, como componentes líneas de visibilidad, de enunciación, líneas de fuerzas, líneas de subjetivación, líneas de ruptura, de fisura, de fractura que se entrecruzan y se mezclan mientras unas suscitan a otras a través de variaciones o hasta mutaciones de disposición.”

Gilles Deleuze, *¿Qué es un dispositivo?*

AT en lo cotidiano, una clínica en las fronteras

LUCIANA CHAUI BERLINCK¹

*Todo dia ela faz tudo sempre igual
Me sacode às seis horas da manhã
Me sorri um sorriso pontual
E me beija com a boca de hortelã*

*Todo dia eu só penso em poder parar
Meio dia eu só penso em dizer não
Depois penso na vida pra levar
E me calo com a boca de feijão*

*Seis da tarde como era de se esperar
Ela pega e me espera no portão
Diz que está muito louca pra beijar
E me beija com a boca de paixão*
(Cotidiano, Chico Buarque)

Estos versos de una canción de Chico Buarque hablan de la rutina, de la repetición día tras día. La palabra Cotidiano, del latín *quotidie*, significa, la rutina de cada día y de todos los días.

Sin embargo, el libro de Certeau llamado “La invencion del Cotidiano”, sugiere las preguntas ya desde su título. ¿El cotidiano sería una invención? ¿Cómo se inventa el cotidiano? ¿Y cuál es la relación entre el AT y un cotidiano inventado? Cuando leemos el libro de Certeau entendemos que el cotidiano es una manera de controlar el tiempo y del espacio que las instituciones tratan de imponer al hombre común a través de rituales y representaciones.

¹ Doctora en psicología. Docente universidad Mackenzie San Pablo Brasil, AAT Associacao de AT. Luchaui1@gmail.com

Pero si es una invención de lo cotidiano, ¿será que podemos pensar en diferentes formas de control del tiempo y del espacio? Veremos entonces que la forma de control a través del cotidiano no siempre ha sido la misma a lo largo de los tiempos:

En el Mundo antiguo, agrario: el tiempo está dado por el transcurso del día (nacer del sol, poner del sol); por las estaciones (siembra, cosecha). El cotidiano se define por el ritmo de la naturaleza.

En el mundo moderno, urbano, fabril: el Cotidiano se define por el tiempo de trabajo (en lugar del nacer del sol, el libro de punto de la hora de empezar el trabajo; en lugar de la puesta del sol, el libro de punto de salida de trabajo); el trabajo no está determinado por las estaciones del año, pero por el movimiento de la materia prima, de la máquina y de la distribución de los productos. El cotidiano no se refiere al ritmo de la naturaleza, sino al ritmo de la fábrica.

La sociedad de la actualidad, la sociedad de consumo, es distinta. Mientras en la sociedad agraria el cotidiano controla el tiempo y el espacio a través del ritmo de la naturaleza y en la sociedad fabril, a través del ritmo impuesto al trabajo, en la Sociedad de consumo el cotidiano controla a los individuos a través de la fugacidad del espacio y del tiempo, es decir, a través de la moda.

En la sociedad de consumo y especialmente en la sociedad post-industrial, la ideología del elogio al trabajo permanece, pero ya no es el centro de lo cotidiano como en la sociedad fabril. En el mundo fabril se pensaba el deseo como lo que trastornaba el orden del trabajo y por lo tanto debía ser reprimido y controlado, en la sociedad de consumo el núcleo se encuentra en el elogio del deseo y en el aliento al deseo. Esto significa que el control se ejerce sobre el deseo como necesitado de satisfacción inmediata y sin mediaciones de tiempo y de espacio, satisfacción imaginariamente alcanzada a través de su supuesta satisfacción por el consumo. El objetivo preferencial de la sociedad de consumo lo constituye la juventud - las limitaciones del mercado laboral impiden la entrada de los jóvenes en este mercado como trabajadores y por eso su utilidad se moverá a otro aspecto del mercado, es decir, al consumo - por lo tanto “inútiles” como trabajadores, los jóvenes son”

útiles “para el consumo. Se pasa, por lo tanto, del control social a través del trabajo al control social a través del deseo.

Así, vemos que el cotidiano como control social -en el mundo agrario, -en el mundo fabril urbano, o en el mundo del consumo- opera como:

- a) La ordenación del espacio y del tiempo.
- b) El control social a través de normas y valores.

De esta manera, la repetición y la rutina no se imponen sólo por el ritmo de la naturaleza (el mundo agrícola) y por lo ritmo urbano (mundo fabril y el mundo del consumo), sino también como formas de control social físico y simbólico, definiendo lo permitido y lo prohibido, lo correcto y lo incorrecto, lo justo y lo injusto, lo verdadero y lo falso, lo bello y lo feo, etc. -. El cotidiano es el pilar del mundo de la cultura (simbólico) y del mundo de la dominación (de clase, de género, de etnia, etc.). A través de la repetición y de la rutina, a través de las costumbres y de las opiniones, el cotidiano naturaliza la vida social y la dominación.

Y volvimos a preguntar, ¿y el AT en todo esto?

Si pensamos en nuestros acompañados, lo que observaremos es que para ellos, incluso más que para los demás, este cotidiano impuesto desde fuera es un cotidiano opresivo y violento, una vez que el acompañado no participa de ninguna de las formas del cotidiano. No está en el mundo agrícola, gobernado por el ritmo de la naturaleza, no es el trabajador, insertado en el mercado laboral y tampoco es el consumidor cuyo deseo puede ser controlado y estimulado. Para este individuo, el cotidiano social y culturalmente instituido no tiene ningún sentido, pero se ve obligado a someterse a él en cualquiera de sus formas.

Si el acompañado sufre con esta imposición, es necesario encontrar otra posibilidad; yo diría un otro lugar. El AT surge, entonces, como un otro espacio y un otro tiempo, un hueco y una pausa en el espacio-tiempo del cotidiano. Basado en la idea de espacio transicional, el AT entra en escena como intervención transicional. Según Winnicott, el fenómeno transicional se refiere a una zona intermedia de experiencia, una tercera parte de la vida para la cual contribuyen tanto la realidad

interna como la realidad externa, no siendo en sí ni una ni otra (es una tercera). El espacio transicional es un lugar de descanso para aquel que está con la difícil tarea de mantener separadas pero interconectadas, las realidades externa e interna (todos nosotros). Otro término utilizado por Winnicott para describir este fenómeno es el de la experiencia cultural, o sea, es aquí donde se encuentra la cultura (y, por lo tanto, lo simbólico), pero también la creatividad que es nuestro poder transformador. Por esta razón, la intervención del AT puede ser transformadora, pero sólo tendrá sentido si proporciona al acompañado el encuentro de su propio día a día, su propia organización, su propio espacio y tiempo, su autonomía, o sea, su propio ritmo. Para esto es necesario tener en cuenta las necesidades y el propio repertorio del acompañado.

A esa idea se une otra que creemos de importancia fundamental para pensar nuestra práctica, otra forma de trabajo clínico propuesto por Winnicott llamada *placement*.

Para entender el concepto de *placement* podemos partir del significado de la palabra en sí, que es: ofrecer un lugar. De esta manera, como escribe Safra: “En el *placement* lo que se busca es la posibilidad del individuo de ponerse en una situación que responda a sus necesidades para que pueda ser acompañado en su tratamiento”. Siendo así, el *placement* es de hecho un gran modelo para el Acompañamiento Terapéutico, una vez que en el ejercicio de su función, el acompañante, básicamente, ofrece *un lugar* para su paciente en contraposición al espacio puesto de manera opresiva por el cotidiano familiar y social.

La transposición de esta forma de trabajo clínico para el AT se puede entender mejor si tenemos en cuenta cómo ha sido concebido el concepto de *placement*. Winnicott, durante la Segunda Guerra Mundial, acompañó a la evacuación de muchos niños que para ser protegidos de los ataques aéreos fueron llevados de Londres al campo inglés. No obstante, Winnicott estaba preocupado con el hecho de que, a pesar de estar protegidos de los bombardeos, estos niños eran alejados de sus lugares de origen y trasladados a otro entorno y, por lo tanto, podrían sufrir una mala interferencia en sus procesos de maduración.

Sin embargo, lo que le llamó la atención fue que para algunos niños estos nuevos ambientes ofrecían una experiencia importante de estabilidad y continuidad que no existían en sus lugares de origen. Por lo tanto, el *placement* fue visto por Winnicott como una posibilidad significativa de intervención clínica.

Si pensamos, a continuación, en los casos psiquiátricos vemos que el *placement*, al permitir que el paciente experimente un otro lugar en el mundo, es decir, que se le dé otra referencia, resignifica su experiencia original y pueda tener otro punto de vista, más objetivo, de su ambiente.

De este modo entendemos la importancia de esta modalidad de intervención clínica para el AT que ocurre a través de la comprensión de las necesidades básicas del acompañado. Estas necesidades aparecen en gran parte en los encuentros realizados con el acompañante que, a partir de su percepción de la manera de ser del sujeto, da lugar a la aparición de su singularidad y permite tanto que él sea visto en su singularidad como la posibilidad de crear un lugar sostenido por el acompañante en el que el paciente se siente reconocido y pueda lograr los beneficios de la transferencia, a la cual Safra describe “como un lugar desde donde se puede llegar a reencontrar su propio gesto delante a un otro ser humano, y de esta manera tener perspectiva de posibles planes de futuro para sí mismo”.

Esto significa que el *placement*, en tanto oferta de lugar, opera como rotura del control del espacio y el tiempo de un cotidiano impuesto y opresivo. El acompañado deviene entonces un sujeto capaz de autonomía y, por lo tanto, sujeto ético.

En la medida en que la ética es inseparable de la figura del sujeto racional, voluntario, libre y responsable, tratar al acompañado como si fuera carente de razón, voluntad, libertad y responsabilidad sería tratarlo no como humano, sino como cosa. Y corremos el riesgo por la rutina del cotidiano de “cosificar” al sujeto.

Si además tenemos en cuenta el hecho de que vivimos en una época en la que las nuevas formas de subjetividad surgen por la ausencia tanto del rostro del Otro como de un lugar ético, el Acompañamiento

to Terapéutico debe ser tomado como una modalidad de intervención clínica fundamental en el mundo contemporáneo, ya que el hecho de que el sufrimiento del acompañado sea contemplado y se le ofrezca un lugar, permite el encuentro y la constitución de sí mismo. Pero no sólo eso. Además de la esfera individual o de la vida privada, donde actúa el sujeto ético, el acompañado también es visto como un sujeto capaz de convivir en un espacio social. Entonces, por la propuesta misma de su trabajo, el atacaba siendo un profesional que puede ser pensado como sujeto social, como participante de un trabajo colectivo y al ejercer su práctica de manera descentralizada, integrada y democrática, con respecto a la persona con trastorno mental, en sufrimiento psíquico o vulnerabilidad social, es capaz de facilitar a los acompañados su inclusión como ciudadanos en el proceso terapéutico.

El Acompañamiento Terapéutico como una herramienta para la ciudadanía, ya que su objetivo es sacar al paciente del encierro interno y externo en el que está confinado. Es decir, tratarlo como un agente ético y como a un ciudadano.

La posibilidad de deshacer lo cotidiano como control y herramienta de exclusión, y de volver a crear un nuevo espacio y un nuevo tiempo en que el acompañado tenga existencia ética y socio-política como ciudadano, explica por qué, desde antes de que se creara como Acompañamiento Terapéutico, esta práctica tiene un fuerte vínculo con las cuestiones de las reformas psiquiátricas; sin embargo es capaz de hacer una contribución que excede los límites impuestos a estas reformas. Pensamos, entonces, la frontera, la clínica en la frontera como este espacio transicional de relajamiento, de descanso, así como la que está en el límite, en el borde, entre el orden y el control establecidos e impuestos socialmente y el desorden y el no control del acompañado. En otras palabras, el espacio transicional es en sí, una frontera entre la realidad interna del acompañado y la realidad externa del cotidiano familiar, social y cultural; un cotidiano que excluye al mismo tiempo que trata de mantener el control sobre él. Aquel que no se ajusta a las construcciones sociales y culturales, al espacio-tiempo y a las normas y valores del cotidiano socio y culturalmente instituido es excluido como

alborotador y peligroso. Pero por el contrario, la experiencia de un espacio transicional y del *placement* son experiencias en que el AT derriba muros culturales y desplaza fronteras, gracias a una nueva construcción del espacio como lugar y del tiempo como presente y futuro propios o la creación de un otro cotidiano que no está marcado por el control y por la vigilancia ni por la exclusión psíquica, ética y social. El AT es entonces el encuentro que permite crear otro espacio-tiempo y, por lo tanto, un nuevo orden de vida que tenga sentido para el acompañado.

Termino con un recorte de otra canción de Chico Buarque llamada *Construcción*. En esta canción vemos a Chico acompañar su personaje que va dando nuevos significados, más locos y atrevidos a sus vivencias; tal como nosotros, ats, seguimos a nuestros acompañados:

*Amou daquela vez como se fosse a última
Beijou sua mulher como se fosse a última...
Subiu na construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas
Tijolo com tijolo num desenho mágico...
Bebeu e soluçou como se fosse um naufrago
Dançou e gargalhou como se ouvisse música
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado
E flutuou no ar como se fosse um pássaro...
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego*

*Amou daquela vez como se fosse o último
Beijou sua mulher como se fosse a única...
Subiu a construção como se fosse sólido
Ergueu no patamar quatro paredes mágicas
Tijolo com tijolo num desenho lógico...
Bebeu e soluçou como se fosse máquina
Dançou e gargalhou como se fosse o próximo
E tropeçou no céu como se ouvisse música
E flutuou no ar como se fosse sábado...
Morreu na contramão atrapalhando o público.*

Referencias Bibliográficas:

Certeau, M. *A invenção do cotidiano*. Petrópolis, Editora Vozes, 1998

Safra, G. "Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico". *Psychê*, São Paulo, v.10 n.18, p. 13-20. São Paulo set. 2006.

Winnicott, D., *O Brincar e a Realidade*, Rio de Janeiro, Imago, 1975

Winnicott, D. (1948). "Alojamentos para crianças em tempo de guerra e de paz". In: Winnicott, *Deprivação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

Dispositivos de frontera

SILVIA RESNIZKY¹

El nombre de este Congreso² es claro y elocuente. Efectivamente, el Acompañante Terapéutico tiene presencia en los márgenes donde la gente sufre, en las fronteras, allí donde hay que inventar dispositivos para poder hacer frente a situaciones extraordinarias.

Pensamos que cada dispositivo ilumina zonas diferentes del entramado vincular y se construye en un trabajo conjunto y en colaboración. No está preconfigurado ni es fijo, puede variar en función de una regla inmanente. La clave de la validación se encuentra en la lectura *a posteriori* de sus efectos. Un “entre dos o más de dos” que habilita la producción de aperturas inéditas.

Los dispositivos clínicos son construcciones conjuntas a veces del analista con el paciente; otras veces surgen desde el equipo terapéutico donde el vínculo es el que va haciendo aparecer las diversas figuras del dispositivo. Es decir, que *el dispositivo es un producto del vínculo que, a diferencia del encuadre, no lo precede.*³

El acompañamiento terapéutico como dispositivo, es parafraseando a Gilles Deleuze, como un ovillo, es algo que preanuncia más de un destino posible. Un ovillo, podría ser, por ejemplo, un abrigo en potencia. Tiene por delante la posibilidad de transformarse en algo nuevo. Pero la trama de la malla no está en el origen, hay que tejerla.

¹ Psicoanalista, Co-Directora de la Maestría de Familia y Pareja del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM) de APdeBA. resnizsylvia@gmail.com

² Clínica de las fronteras, Caminos del AT en lo cotidiano. X Congreso Internacional, XI Iberoamericano y XI Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. Octubre, 2015

³ Mauer, S., Moscona, S., Resnizky, S. (2001) *Psicoanalistas. Un autorretrato imposible.* Ed. Lugar. Buenos Aires 2001.

Lo vincular

La clínica de los tratamientos multipersonales, con escenas dramáticas jugadas en la vincularidad, impuso la necesidad de nuevas conceptualizaciones, crear nuevas herramientas. Voy a referirme en particular a la noción de vínculo que tal como lo entendemos está ligado a la lógica del Dos y a la idea de devenir. Lo vincular, la vincularidad ha sido nuestro *leit motiv* desde el inicio. Vuelvo a este concepto porque es paradigmático. Acompañamiento alude a vincularidad. El primer capítulo de nuestro primer libro aquel “*Manual Introductorio...*⁴” se llamaba “Contra la enfermedad como delito” y allí hablábamos de la importancia de descubrir el sentido de los síntomas que de otro modo eran rápidamente catalogados como enfermedad mental, **lo que daba lugar** a la clásica escisión entre sanos y enfermos. Destacábamos el contexto familiar y social en el cual se inscribían los síntomas, afines con la corriente de la Antipsiquiatría representada entonces por Ronald D. Laing, David Cooper y Franco Basagila, por nombrar solo algunos.

Estas ideas fueron enriquecidas por los aportes y desarrollos de la teoría vincular propia del Río de la Plata. Enrique Pichon Rivièrē desarrolló la idea de vínculo, Willy y Madeleine Baranger hablaron de la situación analítica como campo dinámico. Entendían el análisis como “el encuentro profundo de dos subjetividades intensamente comprometidas en la tarea de promover las transformaciones psíquicas del analizado. Dos personas, analista y paciente, indefectiblemente ligadas y complementarias mientras está durando la situación analítica, e involucradas en un mismo proceso dinámico”.⁵ Se destaca en este escrito la importancia de la participación del analista y de la contratransferencia como instrumento técnico; la relevancia del lenguaje corporal y la comunicación emocional.

Esta idea de campo revolucionó en su momento el modo de entender la situación analítica, el analista ya no era solo una pantalla en la cual el paciente proyectaba su mundo interno sino que intervenía

⁴ Mauer S., Resnizky S. *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica*. Editorial Trieb. Buenos Aires. 1985.

⁵ Baranger M y W. (1961-1962) ‘La situación analítica como campo dinámico’, Revista Uruguaya de Psicoanálisis. IV, 1, 3- 54.

como persona, como subjetividad comprometida, con sus deseos y con su propio inconsciente. El concepto de contratransferencia desarrollado en ese momento por Heinrich Racker ha sido muy trabajado a partir de allí.

Nos enfrentamos hace algunas décadas al hecho de que el abordaje vincular no puede ser considerado como una mera ampliación del dispositivo; requiere de la transformación y complejización de los conceptos psicoanalíticos clásicos. “La clínica vincular commueve el edificio psicoanalítico del dispositivo bipersonal.”⁶. A diferencia de algunos desarrollos de las teorías intersubjetivas, la idea de vínculo a la que adherimos sostiene que ambos polos de la relación son pasibles de ser transformados por el vínculo aunque exista asimetría. No solo la madre inscribe en el aparato psíquico del bebé sino que el bebé puede también realizar nuevas inscripciones en el aparato mental de la madre. Preferimos referirnos a producción de subjetividad y no a sujeto ya que esta concepción nos remite con más precisión al movimiento y a la multiplicidad de las fuerzas en juego.

El acompañamiento terapéutico como instancia de subjetivación

A partir de estas ideas se produce una incesante búsqueda de sentidos. Al habilitar “nuevos territorios existenciales”⁷ surgen nuevas instancias de subjetivación. Encuentros significativos pueden producir nuevas marcas ya que el proceso de subjetivación continúa a lo largo de toda la vida. Queda cuestionada la idea de identidad lograda, de esencia, de estructura, para pensar en términos de transformaciones, de variabilidad y fluidez. No habría entonces un único origen posible del sujeto ni todo quedaría ya fijado en los cinco primeros años de la vida.

⁶ 50 Aniversario. *Pensamiento vincular. Un recorrido de medio siglo*. Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Ediciones del Candil. Buenos Aires. 2004, pág. 83.

⁷ Méndez M.L. *Procesos de subjetivación, Ensayos entre Antropología y Educación*. Editorial La Hendija. Entre Ríos. 2011.

La subjetividad no puede ser reducida a lo individual, su producción es siempre social y colectiva. La visibilización de las políticas de subjetivación no es tarea sencilla, ya que habitualmente las formas sociales y los modelos hegemónicos se naturalizan y se presentan como eternos.

Las distintas concepciones del trastorno mental no son ingenuas, reflejan una manera de pensar al hombre y su relación social. Entendemos que en los padecimientos psicopatológicos que afectan a un sujeto se juegan los conflictos de su época y no solamente su historia personal.

“La idea de que la subjetividad se produce, se modela, se recibe y se consume, necesariamente la introduce en el devenir y desde el vamos la considera histórica, lo cual significa que sufre mutaciones y que no puede pensarse o presuponerse que la humanidad siempre actuó de tal o cual manera y que por consiguiente lo seguirá haciendo... Toda subjetivación implica el pliegue de sistemas de representación, de percepción, de sensibilidad, que no tiene nada que ver con categorías naturales y universales, son híbridos de cada espacio-tiempo creados por las distintas culturas.”⁸. La idea es deconstruir categorías consideradas inmutables para dar visibilidad a las políticas de subjetivación que las legitimaron.

El sujeto no es un ser acabado, va deviniendo en las interacciones. Estamos frente a un cambio de paradigmas que afecta al modo de convivir y de crear sentidos.

Pensamos en un psiquismo abierto, en constante producción, en una subjetividad que no cesa de producirse en el vínculo con los otros. El acompañamiento terapéutico como dispositivo se ofrece como otra instancia de subjetivación no solo para el paciente sino también para el acompañante.

“La lógica del dos”

Lo vincular entendido desde esta perspectiva nos remite a otras lógicas. Isidoro Berenstein y Janine Puget llamaron “la lógica del Dos”, al espacio de intercambio y encuentro-desencuentro entre dos o más sujetos, encuentro que tiene algo inédito, impensado antes. A lógica del

⁸ Méndez M. L. Idem.

Dos se liga la idea de devenir, lógica del devenir distinta a la lógica identitaria. La multiplicidad, las infinitas variaciones del contexto forman parte de estas consideraciones. Lógicas heterólogas, diferentes, inéditas surgen a partir de estas conceptualizaciones. De esta manera se pone de manifiesto el rigor y la validez intrínseca de lógicas alternativas a la lógica causal y determinista. Lógicas paradojales, lógicas suplementarias, lógicas de la complejidad y de la diversidad.

En la escena vincular algunas cuestiones se representan y otras se presentan, de ahí la idea de coexistencia de diferentes lógicas. Esto permitió entender, entre otras cosas, la paradoja de que lo uno y lo múltiple que operan en simultaneidad.

Una perspectiva privilegia lo invariante y la otra el movimiento y la transformación. Lo importante es poder soportar esa tensión que no se resuelve entre lo identitario y lo acontecimental, entre la lógica del Uno y la del Dos, entre el sujeto constituido y la idea de producción continua de subjetividad y es justamente esa tensión entre lo ya instituido y lo nuevo la que da lugar a la “infinita creación de la vida, del pensar y del sentir”.⁹

El trabajo en la frontera con personas sufrientes lleva a la necesidad de crear permanentemente dispositivos a medida que favorezcan la posibilidad de armar lazos, de identificar lo que Didi Huberman¹⁰ llama la zona de supervivencia de las luciérnagas. Dice el autor que justamente cuando hay razones para el pesimismo es aún más necesario abrir los ojos en medio de la noche y ponerse a buscar luciérnagas. “La danza de las luciérnagas” es la cosa más frágil y fugaz. Las tenues luces intermitentes, si bien son resplandores pasajeros en medio de las tinieblas, nos iluminan, favoreciendo la posibilidad de encontrar el lugar adecuado y el momento preciso donde el tejido de alguna red vincular se haga posible. Los vínculos abren a un mundo nuevo cada vez. Muestran “que siempre hay uno a quien hablar, uno de quien aprender, alguien a quien amar, al menos uno que valga la pena”.¹¹

⁹ Méndez M.L. Idem.

¹⁰ Huberman D. *Supervivencia de las luciérnagas*. (2009) Abada Editores. Madrid 2012.

¹¹ Accarini I. *Invenciones*. Psicolibro. Buenos Aires. 2011.

Há uma epistemologia para o Acompanhamento Terapêutico?

MAURICIO CASTEJÓN HERMANN¹

A pergunta que intitula este texto² descerra, não sem motivações e consequências, um leque de apontamentos pertinentes e necessários ao avanço teórico, clínico e político no campo do Acompanhamento Terapêutico. Longe de pretender esgotar assunto tão amplo (e polêmico) quanto a epistemologia do AT (que se imporá, certamente, nos debates que terão lugar durante o XI Congresso Internacional de AT de 2017, a ser sediado em São Paulo, sob a realização do Attenda), pretendemos indicar aqui caminhos de aproximação, apresentando considerações sobre o que julgamos pertinente ao mapeamento da pergunta norteadora do trabalho.

Assim, poderemos demarcar certas diferenças entre, por exemplo, a experiência argentina de AT comparada à brasileira para, em seguida, desdobrar a noção do AT como função, concepção determinante para ilustrar o modo como o campo se consolidou no Brasil. No contexto brasileiro, encontramos elementos pertinentes advindos de uma proposta de AT própria a uma possibilidade de definição daquilo que se sustenta como objeto específico que definiria uma epistemologia do AT (vide Hermann; 2010, 2014). Trata-se, todavia, de uma definição que se pretende provisória, servindo mais como proposta aberta ao debate e, portanto, ao ensejo de novas significações.

¹ Doctor en psicología por la Universidad de San Pablo (USP). Director de ATTENDA Trasmisao e clinica em AT. mauhermann@uol.com.br

² A primeira versão deste texto foi submetida ao eixo temático (temas livres) AT e epistemología, no X Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico, sediado em Córdoba/Argentina, em 2015. Foi a primeira vez que este eixo temático foi apresentado em um congresso internacional de AT. Na ocasião, havia somente quatro trabalhos e, apesar do ineditismo e aparente pouco interesse acerca do tema, o debate foi intenso e caloroso, o que somente confirma a pertinência deste tema/eixo temático para o campo do AT.

O AT argentino e o brasileiro

O AT no Brasil guarda características distintas, se comparado ao universo do AT argentino. Podemos elencar diversos aspectos que marcam essas diferenças – sendo alguns estruturantes –, tais como:

1. a história e o papel das instituições de AT (associações, grupos e instituições públicas ou privadas);
2. a proposta de regulamentação do AT advinda da experiência argentina;
3. os modelos de implementação do AT na rede pública de saúde mental;
4. a constituição de regulações e legislações, visto que na Argentina o AT está previsto como profissão;
5. as formações específicas para o at;
6. o código de ética do at – ainda pelo caso argentino, que preconiza a obrigatoriedade de o at trabalhar sob um coordenador de equipe;
7. outros.

Esses pontos de distinção que elencamos já seriam suficientes para gerar debates extensos e acalorados; mas não nos cabe aqui aprofundar na defesa de uma ou outra realidade, justamente porque não interessa enfatizar ou alargar as diferenças – até porque não se trata de uma partida de futebol entre Boca Juniors e Corinthians, na Libertadores da América. Buscamos outra direção, qual seja, a do respeito e valorização das diferenças, sustentando a pluralidade como inerente ao campo, tendo em vista o caráter fronteiriço e transversal da clínica do AT. Por fim, desejamos estear a aproximação e o encontro com a diferença, visto que o outro pode (e deve) nos servir como alteridade e referência no reconhecimento de nós mesmos.

Isso posto, destacaremos uma particularidade brasileira acerca do AT: em nosso país, o campo tem sido pensado como uma função clínica. O que isto significa? Ora, responder a esta indagação nos obriga a explicitar particularidades que tocam à realidade brasileira

do AT, o que faz necessário um breve recorte histórico paraclarear ao leitor características circunscritas ao contexto nacional, de modo a apresentarmos a noção do AT como uma função clínica, marca importante de um enquadramento que possibilitou avançarmos na definição do que seria objeto do AT.

No Brasil, a história recente do campo revela que a proposta de representação do AT por uma ou mais entidades, assumindo o caráter de porta-vozes do segmento, foi majoritariamente refutada. Este posicionamento, que diz respeito à forma de representação política, começou a se delinear durante o II Congresso Internacional de AT, ocorrido em São Paulo em 2006. Havia, na ocasião, expectativa de uma parte dos ats brasileiros de que seguiríamos influenciados pelo frescor da fundação, em 2003, da Aatra – Associação de Acompanhamento Terapêutico de República Argentina –; mas, uma assembleia geral, ocorrida ao término do referido Congresso, determinou que não seguiríamos por esse caminho. O encaminhamento, contudo, não se fez sem que houvesse um embate político, visto que havia um jogo de forças entre defensores da ideia de uma associação brasileira de AT e aqueles que a rechaçavam. Por consequência, os passos subsequentes previsíveis, próprios ao trabalho de uma entidade representativa de classe, não se sucederam.

Portanto, não podemos dizer que temos no Brasil uma entidade representativa do campo como um todo, seja em caráter nacional ou regional. Do mesmo modo (e não por acaso), não temos também regulamentações específicas ao exercício do AT (de modo similar, aliás, ao que ocorre também com a psicanálise); ou seja, a profissão do acompanhante terapêutico não existe, bem como não existem marcos legais e respectivas leis jurídicas orientadoras e regulamentadoras do campo.

Isso, evidentemente, tem consequências que podem ser consideradas positivas por diversos ângulos, mas complicadoras por outros. A questão da implementação do AT na rede pública de saúde

mental, em particular, exigiria um exame maior – que não é foco da presente reflexão. De todo modo, este ponto é absolutamente sensível ao debate, e não poderia afirmar se a ausência de regulamentação seja benéfica à experiência de reforma psiquiátrica do país ou mesmo para o AT brasileiro, no contexto da saúde pública. Podemos dizer que não temos uma regulamentação geral do Sistema Único de Saúde (SUS) referente ao tema, e as experiências de AT na rede pública de saúde mental no Brasil têm se circunscrito, até o momento, salvo engano, a iniciativas de parcerias entre equipamentos de saúde e universidades (públicas/privadas) ou com instituições privadas voltadas à formação específica em AT. Essas parcerias parecem se sustentar pelos “bons ventos” de contextos circunstanciais. Mas como manter convênios entre instituições de ensino e órgãos de prefeituras ou estados, em mudanças de governo? Não seria interessante regulamentar o profissional que executa AT para que ele encontrasse campo de desenvolvimento profissional na rede pública de saúde mental? Neste caso, como ficaria a função, nos aspectos administrativo e de responsabilidade legal diante dos pacientes? Qual seria seu nível de formação: técnico, graduação de nível superior, ambos? De todo modo, mesmo com estes (e muitos outros) questionamentos que contornam a questão, mantemos a defesa da não-profissionalização do AT, conservando a noção de “função clínica”, melhor explicitada à frente.

Não temos no contexto brasileiro, tampouco, um código de ética que estabeleça princípios normativos que os profissionais devam seguir e aplicar no exercício de sua função, como, por exemplo, defender a parceria entre um at com um coordenador de equipe, como ocorre no caso argentino. No Brasil, um at pode trabalhar de modo autônomo, pois em geral é um profissional graduado em outro campo profissional (psicologia, principalmente, mas também enfermagem, terapia ocupacional etc.), levando consigo um olhar em rede, autorizando-se a planejar e conduzir um projeto terapêutico próprio ao AT (Hermann, 2001). Não há, portanto, necessariamente, uma hierarquização de posições entre os integrantes de uma montagem de tratamento. Este

aspecto nos induz ao ponto que esmiuçamos com mais detalhes a seguir, qual seja, a noção do AT como função clínica.

AT como função clínica: o modelo brasileiro

Há especificidades, por um lado, que diferenciam os campos científicos – e que se refletem em seus respectivos objetos de estudo; por exemplo, o funcionamento do corpo humano e o funcionamento da psique humana, como objetos específicos da medicina e psicologia, respectivamente. Por outro lado, espera-se que um profissional da saúde mental, seja ele médico ou psicólogo, se aproprie de saberes ou procedimentos específicos à sua realidade de trabalho, tais como coordenação de oficinas terapêuticas, acolhimento de novos usuários, gerenciamento dos equipamentos, entre outros. São demandas inerentes ao funcionamento das redes de saúde mental. Um fonoaudiólogo se interessa em cuidar das demandas próprias aos distúrbios de linguagem, mas não pode se furtar, naquilo que o funcionamento da rede o convoca, de ir além daquilo que é sua formação de base.

O AT, como função³, assume essas mesmas características, de sorte a possibilitar que os profissionais da rede se apropriem daquilo mesmo que a clínica do AT nos ensina. Como o AT afetaria as práticas da enfermagem, do serviço social ou da psicanálise, num trabalho em rede? É possível, então, afirmar que o AT como função seja emblemático da reforma psiquiátrica. É comum ouvir de gestores brasileiros de políticas públicas em saúde mental expressões como: “Acreditamos que todo e qualquer profissional de rede mental deve ser também um acompanhante terapêutico!” Resgato aqui um fragmento clínico, para ilustrar o modo como o AT pode ensinar à clínica psicanalítica:

³ Na tradução brasileira do livro “Fundamentos Clínicos do Acompanhamento Terapêutico”, de Gabriel Pulice, Ed. Zagodoni, existe um comentário em defesa do AT como função clínica.

“Tratava-se de um garoto de nove anos que vivia em um orfanato e era atendido por mim. Sua vida era organizada conforme a agenda determinada pela instituição, de acordo com os compromissos escolares, sua ida à análise; enfim, uma programação totalmente determinada e controlada pelo outro. Chegou um momento em sua análise em que este garoto se deparou com o excesso de vigilância presente em sua vida. Ao mesmo tempo, tentava se arriscar a deslocar sua posição de absoluta fragilidade e dependência do outro. Optei por sair de meu consultório e circular com a criança pelo bairro. Andamos pela rua, ele pôde conversar com desconhecidos e experimentou algo absolutamente novo que gerou consequências positivas para a sua análise, ao lhe provocar questionamentos sobre sua falta de autonomia, submissão ao olhar do outro e vivenciar possibilidades concretas de se arriscar. Ocorreu algo como três ou quatro saídas, talvez consideradas como ATs pontuais. Ora, o que se passou nesta passagem de seu tratamento? O analista pode sair do conforto de sua poltrona e ir para a rua – lugar de movimento – onde se produz acontecimentos aproveitáveis para o andamento desta análise”. (Hermann; p. 33, 2012)

Ilustramos com este recorte clínico a potência clínica do AT e a possibilidade de outros saberes serem tocados por aquilo mesmo que o AT nos ensina. Mais nos interessa que seja incorporado o uso da estratégia do AT nas práticas de saúde, da educação, da justiça, do mundo do trabalho, entre outros, do que simplesmente que seja delegada a um outro o exercício da função do AT. Cabe, neste pequeno recorte clínico, chamar alguém para compor uma equipe de tratamento e sustentar uma intervenção pontual, mas necessária à análise da criança em questão? (Hermann, 2012) Deste modo, ao sustentarmos a posição política brasileira acerca do AT como função clínica valorizamos, também, as graduações específicas que fazem fronteira com esta forma de clínica que se dá no laço social. Como as graduações de base – das áreas da

saúde, educação, direito, mundo corporativo, entre outras – podem ser benéficas ao exercício da função de AT? O que a formação acadêmica de um advogado poderia ensinar para o AT na justiça de família, no que toca ao regime de visitas controladas? Ou um enfermeiro, quando faz AT com pacientes geriátricos em sua residência? Ou, quem sabe, uma fonoaudióloga que acompanha adolescentes que realizaram implantes auriculares? A ideia é “acompanhar”, nesses contextos específicos de atuação.

A etimologia da palavra, oriunda do latim *accompaniáre*, condiz com a noção de “companhia ou conjunto de pessoas que comem pão juntos”, mas que também pode assumir outras inúmeras possibilidades de significação, como, “seguir junto em um caminho, ir ou seguir próximo a alguém para dispensar cuidados”, entre outros. Neste sentido, a perspectiva de “acompanhar” assume a ideia de “constituir uma presença, estar junto com alguém”, em um contexto específico de laço social. E terapêutico? Este adjetivo, que vem do grego *therapeutikós*, nos remete a “cuidado e tratamento de doenças”. Estamos falando, portanto, de um “acompanhar” que assume propriedades curativas, de cuidar e tratar o outro. Como ser terapêutico, ao tratar da condição humana, de seu sofrimento psíquico e do resgate de seus possíveis recursos subjetivos, para fazer laço social? Julgamos primordial ao exercício da função clínica do AT a necessidade de assumir uma “visão de homem”, que pode advir das psicologias, das psicanálises e mesmo da filosofia.

Por esse prisma, podemos ilustrar um exemplo de apropriação de uma “visão de homem”, o da teoria psicanalítica lacaniana: é possível localizar, em conformidade com a especificidade da função clínica do AT, seu estatuto psicanalítico?⁴ Podemos também indagar: como teorizar

⁴ Vide livro “Acompanhamento Terapêutico e Psicoses: articulador do real, simbólico e imaginário”, também publicado em espanhol pela Editora Letra Viva. Sugerimos sua leitura, pois o desenvolvimento teórico sobre a função clínica do AT a partir da concepção lacaniana da subjetividade é extenso. A título de informação, o autor aborda as duas indicações clínicas de Lacan acerca do tratamento possível da paranoia – a metáfora delirante dos anos 50 e a

o estatuto psicológico do behaviorismo radical de Skinner no AT? Não adentraremos nos meandros desta discussão, visto que escaparia ao objetivo da presente reflexão. Interessa marcar que há, na pesquisa indicada, aprofundamento teórico que permitiu ao autor trabalhar a teoria lacaniana das psicoses em prol da teorização da experiência clínica do AT. A dimensão terapêutica (ou analítica) do AT comporta o tratamento do sofrimento humano, na perspectiva de amenizar os efeitos de sofrimento e distanciamento do paciente do laço social, com o intuito de resgatar sua potência de realização e criação de novos laços sociais. Este percurso foi possível em função do contexto histórico em que o trabalho se desenvolveu: um jovem psicólogo interessado em AT e em Lacan autorizando por si mesmo a sustentar sua clínica mesmo não estando referenciado a uma equipe ou a um coordenador de caso clínico, que lhe determinasse uma direção de tratamento.

Epistemología para o AT

Voltemos aos bancos escolares para estudar matemática e realizar um simples exercício de análise combinatória; siga o texto... No Brasil, como já mencionado, o AT pode ser executado por profissionais de nível superior de formações diversas, tais como: psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, pedagogos, advogados e educadores físicos. Há uma outra variável; no caso, uma “visão de homem” capaz de orientar a escuta de um at, no momento em que intervém clinicamente com seu acompanhado, tais como: a psicanálise lacaniana, a psicanálise winniciotiana, a psicanálise kleiniana, a psicologia junguiana, a fenomenologia de Heidegger, a psicologia humanista de Rogers, a psicologia cognitivista, o behaviorismo radical de Skinner, a

construção do sintoma dos anos 70 – para precisar o estatuto analítico do AT. Nossa premissa é a de que o AT, em sua especificidade, produz efeitos clínicos capazes de contribuir para a construção do sintoma. Neste ponto, operamos com uma concepção de homem capaz de oferecer ferramentas conceituais para atestar a hipótese clínica do AT: posicionar um sujeito psicótico diante de ofertas do laço da cidade para mobilizar seus recursos subjetivos pertinentes à construção do sintoma.

esquizoanálise e a psicologia construtivista. Por fim, devemos considerar também o contexto e/ou a demanda de trabalho em AT, como: pacientes psicóticos, escolarização de crianças com dificuldades emocionais, dependentes químicos, crianças em vulnerabilidade social, demências, situações de regulamentação de visitas na justiça de família, crianças com câncer, pacientes que sofreram AVC, profissionalização de portadores de síndrome de Down e mulheres no puerpério. Quantas seriam, então, as variáveis de AT possíveis, no cenário brasileiro? Resposta: 10 graduações X 10 “visões de homem” X 10 contextos de trabalho em AT = 1.000 variações possíveis ao at brasileiro.

Não se trata, evidentemente, de um problema matemático, exposto dessa forma quase caricatural por nós com intuito apenas de dar a medida (ou a ausência dela), do rol de possibilidades do AT nas circunstâncias brasileiras. Mesmo assim, o exercício nos instiga a reflexões interessantes: por que não uma at advogada, orientada pela psicanálise inglesa, trabalhando com regulamentação de visitas na justiça de família? Ou, então, uma enfermeira, de orientação psicanalítica lacaniana, que trabalhe com a loucura? E uma enfermeira atravessada pela fenomenologia assistindo idosos demenciados? São inúmeras e aparentemente inusitadas as possibilidades combinatórias que poderíamos registrar aqui, a título de curiosidade; mas o mais surpreendente é que os exemplos mencionados acima – e que devem ter soado ao leitor como elucubrações delirantes – são verdadeiros!

Dentro, então, dessa gama vastíssima de combinações de ats possíveis na realidade brasileira, seria possível definir algo comum ao nosso objeto de estudo? Como definir o AT? Buscando respostas a essas indagações em artigos brasileiros sobre a clínica do AT, um fato curioso salta aos olhos: é comum nos depararmos com uma definição que já estava presente na primeira publicação brasileira, e que resiste até hoje. Trata-se do livro “A Rua como Espaço Clínico”, de 1991:

“Acompanhamento terapêutico: práticas de saídas pela cidade, com a intenção de montar um ‘guia’ que possa articular o paciente na circulação social através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico. Assim, o que se preconiza é a tentativa de estabelecer um guia da cidade em que se pudessem classificar os pontos privilegiados de determinado paciente, para que ele pudesse experimentar o seu modo singular de conexão com o tecido social, respeitando sua organização psíquica, no intuito de aumentar as possibilidades de circulação. Busca-se uma maneira possível de o paciente mobilizar os próprios recursos internos para construir seus pontos de contato com a cidade. (Porto e Sereno, 1991).

Esta definição foi publicada há 25 anos, num contexto específico, em que se falava somente de AT com as psicoses, focando o aspecto da “circulação na cidade”. Hoje, acreditamos, está definição se revela incompleta; mas é verdade que contém elementos importantes, como “aproveitar as ofertas de laço da cidade”, considerar os “recursos internos na circulação social”, bem como considerar “pontos de ancoragem neste mesmo tecido social”. Como considerar, porém, que, em inúmeros casos de psicose, há um tempo prévio para a construção de uma presença (at), que se propõe a tratar o outro com comprometimento emocional? (Hermann, 2010, 2012, 2014). Dito de outro modo, como superar o impasse clínico da paranoia, quando um paranoico sofre, mas, ao mesmo tempo, não suporta a proximidade do outro que lhe oferece presença e escuta? Este não seria um momento lógico anterior – à construção de uma presença em uma relação terapêutica –, como uma composição prévia do par at/acompanhado, sendo este par a condição anterior necessária para ir ao encontro das ofertas de laço social advindas da cidade?

Assim, destacamos aspectos que julgamos essenciais para avançar em uma proposta de definição do objeto do AT, a saber:

1. construção de uma presença com seu acompanhado, ao constituir uma relação terapêutica com este mesmo acompanhado, marcado por contexto específico de atuação.
2. ao constituir uma relação terapêutica com o acompanhado, ir ao encontro das ofertas de laço da cidade.

Deste modo, nos arriscamos a propor outra definição, para o contexto brasileiro, a título de esboço e provação: “Acompanhamento Terapêutico é a oferta de presença de um profissional com graduação (nível superior) e formação específica em AT pertinente na construção de uma relação terapêutica com seu acompanhado e fundamentado por uma ‘visão de homem’. É escutar e intervir, em relação terapêutica, nos momentos em que o par at/acompanhado circula e se expõe às ofertas sociais, de modo a mobilizar e fortalecer os recursos subjetivos do paciente, incrementando a realização de laços sociais”. Com esta definição desejamos contemplar o que se poderia ser uma delimitação do objeto específico do AT. Está aberto o debate!

Referências bibliográficas

Hermann, M.C. A clínica do Acompanhamento Terapêutico. *Revista Insight Psicoterapia e psicanálise*, ano 11, vol.116, p. 26-32, 2001.

Hermann, M.C. Introdução do capítulo 2 para a edição brasileira *in* Pulice, G.O. *Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, Ed. Zagononi, 2012.

Hermann, M.C. *Acompanhamento terapêutico e psicoses: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo, Editora Metodista. 2010.

Hermann, M.C. *De la crisis psicótica al lazo social o fragmentos clínicos del acompañamiento terapéutico. Para um esbozo de uma teoria del método*. Madrid, Editora 5, 2012

Hermann, M.C. Acompañamiento terapéutico y psicoses: articulador de lo real, simbólico e imaginario. Buenos Aires, Ed. Letra Viva, 2014.

Porto, M.; Sereno, D. Sobre o acompanhamento terapêutico *in* Equipe de Acompanhantes Terapeúticos do Hospital-Dia a Casa (Org.). *A Rua como espaço clínico*. São Paulo, Ed. Pulsional, 1991.

Caminos, fronteras, barreras para el AT: documentos de viaje

PABLO DRAGOTTO¹

Hay un fragmento de la novela *El palacio de la luna*, de Paul Auster que siempre me pareció que describe una situación muy común en el inicio de un acompañamiento terapéutico. La escena dice así:

La primera vez que vi a Thomas Effing, me pareció la persona más frágil que había visto en mi vida. Todo huesos y carne temblorosa, estaba sentado en su silla de ruedas cubierto de mantas escocesas, el cuerpo derrumbado hacia un lado como un minúsculo pájaro roto. Tenía ochenta y seis años, pero aparentaba más, cien por lo menos, una edad incontable, si es que eso es posible. Todo en él era amurallado, remoto, como de esfinge, por su impenetrabilidad. Dos manos retorcidas y llenas de manchas de vejez agarraban los brazos de la silla y de vez en cuando aleteaban, pero ésa era la única señal de vida consciente. Ni siquiera se podía establecer un contacto visual con él, porque Effing era ciego, o al menos fingía serlo, y el día en que fui a su casa para la entrevista llevaba dos parches negros sobre los ojos. (...)

Fue una mujer quien abrió la puerta del piso.

(...) Una vez que se aseguró de que yo era el señor Fogg que había llamado para concertar una cita a la una, me tendió la mano y me comunicó que ella era Rita Hume, enfermera y ama de llaves del señor Effing durante los últimos nueve años. Mientras tanto me miraba de arriba abajo, examinándome con la descarada curiosidad de una mujer que viera por primera vez a un marido encargado por

¹ Lic en psicología. Psicoanalista APC. Miembro fundador de AATRA (expresidente) Fundacion Sisttere Cordoba Argentina. pabloadragotto@gmail.com

correo. Sin embargo, había algo tan franco y amable en esas miradas que no me ofendí. (...)

Era uno de esos enormes pisos del West Side con largos pasillos, puertas correderas de roble entre las habitaciones y abigarradas molduras en las paredes. Había una densa mezcolanza victoriana y me resultó difícil absorber la repentina abundancia de objetos que me rodeaba: los libros, los cuadros, las mesitas, el revoltijo de alfombras, la confusión de maderas en la penumbra.

A medio camino del recibidor, la señora Hume me cogió por un brazo y me susurró al oído: -No se desanime si actúa de una forma un poco rara. A veces se exalta, pero eso no significa nada en realidad. Lo ha pasado muy mal estas últimas semanas. El hombre que le cuidó durante treinta años murió en septiembre y ha sido muy duro para él adaptarse. Intuí que tenía una aliada en aquella mujer, y eso me daba una especie de protección contra cualquier cosa extraña que pudiera suceder...

Effing estaba en su silla de ruedas en medio de la habitación (...)

La señora Hume le anunció que yo había llegado.

-El señor M. S. Fogg está aquí para la entrevista.

Pero él no dijo una palabra ni movió un músculo. Era una inmovilidad sobrenatural y mi primera reacción fue la de pensar que estaba muerto. Sin embargo, la señora Hume me sonrió y me indicó con un gesto que me sentara en el sofá. Luego se fue y me encontré a solas con Effing, esperando a que rompiera el silencio. Tardó mucho rato, pero cuando al fin habló, su voz llenó la habitación con sorprendente fuerza. No parecía posible que su cuerpo pudiera emitir tales sonidos. (...) Por un momento, llegué a preguntarme si no habría un ventrílocuo escondido en alguna parte.

-Emmett Fogg -dijo el viejo, escupiendo las palabras con desprecio-. ¿De dónde sale ese nombre de mariquita?

-M. S. Fogg -respondí-. La M es la inicial de Marco y la S de Stanley.

-Eso no lo mejora. En todo caso, lo empeora. ¿Qué va usted a hacer al respecto, muchacho?

-No voy a hacer nada. Mi nombre y yo hemos pasado mucho juntos y con el tiempo le he cogido cariño.

(...) Se inclinó hacia adelante, como para indicarme que la entrevista iba a empezar en serio. A pesar de los parches negros que llevaba sobre los ojos, noté que dirigía su mirada hacia mí.

-Contésteme, señor Fogg -dijo-. ¿Es usted un hombre de visión clara?

-Antes pensaba que sí, pero ya no estoy tan seguro.

-Cuando tiene una cosa ante sus ojos, ¿es capaz de identificarla?

-Generalmente, sí. Pero hay veces en que resulta bastante difícil.

-¿Por ejemplo?

-Por ejemplo, a veces tengo dificultad para distinguir a los hombres de las mujeres por la calle. Ahora hay tanta gente que se deja el pelo largo, (...)

-Y cuando se encuentra mirándome a mí, ¿qué palabras le vienen a la mente? -Diría que estoy mirando a un hombre en una silla de ruedas.

-¿Un hombre viejo?

-Sí, un hombre viejo.

-¿Muy viejo?

-Sí, muy viejo.

-¿Ha observado algo de particular en mí, muchacho?

-Los parches que le tapan los ojos, supongo. Y que sus piernas parecen paralizadas.

-Sí, sí, mis dolencias. Saltan a la vista, ¿no?

-En cierto modo, sí.

-¿Ha sacado alguna conclusión respecto a los parches?

-Nada concreto. Mi primera idea fue que era usted ciego, pero en realidad eso no es lógico. Si una persona no ve, ¿por qué iba a molestarse en taparse los ojos para no ver? No tendría sentido. Por lo tanto, se me ocurren otras posibilidades. Tal vez los parches oculten algo peor que la ceguera. Una espantosa deformidad, por ejemplo. O puede que le hayan operado recientemente y tenga que llevarlos por prescripción facultativa. Por otra parte, también podría ser que esté

parcialmente ciego y que la luz fuerte le moleste en los ojos. O que le guste llevar parches porque sí, porque le parecen atractivos. Hay muchas respuestas posibles a su pregunta. En este momento no dispongo de suficiente información para decir cuál es la respuesta exacta. En el fondo lo único que sé con certeza es que lleva usted parches en los ojos. Puedo afirmar que están ahí, pero no sé el porqué.

-En otras palabras, no da nada por sentado

-Puede ser peligroso. Sucede a menudo que las cosas son distintas de lo que parecen y uno puede meterse en líos por precipitarse en sus conclusiones.

-¿Y mis piernas?

-Esa pregunta me parece algo más sencilla. Por lo que se ve de ellas debajo de la manta, parecen estar atrofiadas, lo cual indicaría que no las ha usado desde hace muchos años. En ese caso, sería razonable suponer que no puede usted andar. Quizá nunca ha podido andar.

-Un viejo que no puede ver ni andar. ¿Qué piensa de eso, muchacho?

-Pienso que ese hombre depende más de otros de lo que quisiera.

Effing gruñó, se recostó en su silla y levantó la cara hacia el techo. Durante los siguientes diez o quince segundos, ninguno de los dos hablamos.

-¿Qué clase de voz tiene usted, muchacho? -preguntó al fin.

-No lo sé. Cuando hablo no me oigo realmente. Las pocas veces que he oído mi voz grabada en una cinta me ha sonado horrible. Pero, al parecer, a todo el mundo le pasa igual.

-¿Puede hacer la distancia?

-¿La distancia?

-¿Puede hacer largos recorridos? ¿Puede usted hablar durante dos o tres horas sin quedarse ronco? ¿Puede estar ahí sentado leyéndome en voz alta toda una tarde y que las palabras sigan saliendo de su boca? Eso es lo que quiero decir con hacer la distancia.

-Creo que puedo, sí.

-Como usted mismo ha observado, he perdido la vista. Mi relación con usted estará compuesta de palabras, si su voz no puede hacer

la distancia, no vale usted un comino para mí.

-Comprendo.

Effing se echó de nuevo hacia adelante, luego hizo una breve pausa, para aumentar el efecto dramático.

-¿Le doy miedo, muchacho?

-No, creo que no.

-Pues debería dárselo. Si decido contratarle, aprenderá lo que es el miedo, se lo garantizo. Tal vez no pueda ver ni andar, pero tengo otros poderes, poderes que pocos hombres han dominado.

-¿Qué clase de poderes?

-Poderes mentales. Una fuerza de voluntad capaz de moldear el mundo físico y darle la forma que yo quiera.

-Telequinesis.

-Sí, si quiere llamarle así. Telequinesis. ¿Recuerda el apagón de hace pocos años?

-El otoño de 1965.

-Exactamente. Fui yo quien lo causó. Había perdido la vista recientemente y un día me encontraba solo en esta habitación, maldiciendo mi suerte. A las cinco aproximadamente me dije: Ojalá el mundo entero tuviera que vivir en la misma oscuridad que yo. Antes de que pasara una hora, todas las luces de la ciudad se habían apagado.

-Pudo ser una coincidencia.

- Las coincidencias no existen. Esa palabra sólo la usan los ignorantes. Todo lo que hay en el mundo está hecho de electricidad, tanto lo animado como lo inanimado. Hasta los pensamientos emiten una carga eléctrica. Si son lo bastante fuertes, los pensamientos de un hombre pueden cambiar el mundo que le rodea. No lo olvide, muchacho.

-No lo olvidaré. (...)

-Si le contrato, Fogg, probablemente llegará usted a odiarme. Recuerde que es todo por su bien. Hay un propósito oculto en todo lo que hago, y no es usted quien ha de juzgarlo.

-Intentaré tenerlo en cuenta.

-Bien. Ahora acérquese y deje que le palpe los músculos. No puedo permitir que un alfeñique me lleve por la calle, ¿verdad? Si sus músculos no sirven para eso, no vale usted un comino para mí.²

Tenemos en esta escena la demanda del paciente, la demanda familiar, lo cotidiano... ¿Cómo salirse de ese lugar pre asignado que incluye lo transferencial y al mismo tiempo lo excede? Encontramos también la observación que realiza el acompañante del entorno del paciente, la búsqueda de señales para entender el mundo interno del sujeto. Y, sobre todo, el examen al que es sometido el acompañante: como dice Leonel Dozza, cuando llegamos a la casa del paciente, la familia nos olisquea, nos huele tal como hacen los perros. Podemos percibir en esta escena la demanda explícita y la implícita, la aparición de lo delirante, la necesidad de aliados en el entorno, y, agregaríamos nosotros, la necesidad de un tercero que nos oriente y que nos permita no quedar atrapados en un lugar servil: una dirección del tratamiento, una supervisión, nuestro espacio de análisis...

El tema de este libro, *Clínica en las fronteras*, juega en la ambigüedad de su formulación con lo que dichas palabras despierten en el imaginario del lector desde la polisemia de las mismas. Existen fronteras geográficas, fronteras sociales, fronteras de clases, fronteras disciplinarias, fronteras de la discapacidad o de la discriminación. El acompañante atraviesa las fronteras junto a su acompañado, actúa hacia el paciente pero también hacia lo social con sus intervenciones. El equipo de salud mental está inserto en lo cotidiano del paciente, en el barrio, en la calle, en la escuela. Pero también la realidad social cotidiana de los pacientes/acompañados se mete e invade la serenidad artificial de los consultorios. El campo se complejiza en las lecturas e intervenciones posibles. Estamos ante las fronteras de una clínica que se amplía; ante las fronteras de los diagnósticos y las profesiones (psiquiatría, trabajo social, psicología, otras) que son atravesadas en su artificialidad por la realidad

² Auster P. (1996 [1989]) *El palacio de la luna*. Editorial Anagrama. Barcelona pp.109-115.

cotidiana que el acompañante porta consigo. Los caminos en lo cotidiano se relacionan con una actividad básica del at que es el caminar, el transitar, recorrer la ciudad, las instituciones, los barrios, las escuelas junto a su acompañado. Metafóricamente puede remitir a los recorridos formativos, de estudio, de supervisión, de resistencia e insistencia que los at recorren y transitan en el ejercicio de su labor y en su recorrido de capacitación constante. Fronteras y caminos como barreras, como delimitaciones necesarias, como señales a instaurar en un campo de trabajo que puede ser muy confuso y confusional. Un campo que se encuentra balizado por los poderes instaurados que disciplinan la subjetividad de todos pero en especial la de los enfermos psiquiátricos y los discapacitados, habitualmente relegados al lugar del abandono o la ignominia de la dádiva. Fronteras y caminos del at para construir su rol sin dejarse arrastrar a las actuaciones transferenciales: instrumentos para ejercer un rol en el marco de un equipo terapéutico para promover la subjetividad de sus acompañados.

La ley.

Hay leyes que intentan generar nuevas condiciones sociales y nuevas praxis. Tal es el caso de la ley de salud mental vigente en nuestro país. Asimismo, hay leyes que regulan y reconocen lo existente: es el caso de la ley de acompañamiento terapéutico, aún en discusión parlamentaria.

La clínica de hoy, al menos en lo referido al abordaje de lo que no es la neurosis, no es solo la clínica del consultorio o la institución. Es una clínica ambulante, de los dispositivos móviles que incorpora lo que sucede en la calle, en la escuela, en el barrio. Clínica que va en búsqueda de esos sujetos segregados y aislados. Clínica que requiere de nuevos actores y nuevos dispositivos, entre ellos el acompañante terapéutico.

Los acompañantes ya están. Están trabajando en la calle, en los buses, en los cines, en las plazas, en las aulas. Me parece que no necesitan reconocimiento. Hay una sociedad de miles de usuarios y familiares de usuarios de salud mental que los reconocen cotidianamente.

Son los sistemas de administración de la salud los que están teniendo el problema de qué hacer con la insistente demanda social para que se reconozca adecuadamente el trabajo de los at.

Nos encontramos en un momento crucial en relación al reconocimiento y a la legitimación de la profesión de acompañante terapéutico. La reciente creación de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba constituye un hito insoslayable en la historia del acompañamiento terapéutico, que se suma a las carreras que existen en el ámbito privado. Los estudiantes de la UNC tendrán la oportunidad de cursar esta carrera de manera gratuita con prácticas pre-profesionales que les permitan formarse adecuadamente para prestar un servicio necesario para tantas personas y para la comunidad. Los usuarios de servicios de salud mental y la sociedad en general contarán con el respaldo que implica una formación universitaria para los futuros técnicos en AT. Estos cumplen funciones de gran responsabilidad y delicada atención a lo singular de cada paciente y cada familia.

Los cambios recientes en la legislación vigente (nuevo código civil, leyes de salud mental) instalan al sujeto de derecho como centro de las políticas públicas, exigiendo a las autoridades y a los sistemas de salud la implementación de dispositivos de atención de las diversas enfermedades y condiciones que sean respetuosos del estilo de vida de los sujetos, que no alteren su cotidianidad y que se lleven a cabo en la comunidad prescindiendo del aislamiento. El Acompañamiento Terapéutico es uno de tales dispositivos intermedios, que posibilita abordajes ambulatorios a través de la contención vincular en la vida cotidiana en articulación con otros profesionales de la salud, instituciones de salud, educativas, etc. Ha demostrado su eficacia en la disminución de internaciones y de la duración de las mismas en el tratamiento de personas con patología mental severa, así como la disminución de recaídas y de abandonos de tratamiento. Posibilita la continuidad de procesos de integración escolar de personas con discapacidad y/o problemas de salud mental.

Falta el reconocimiento legal de esta profesión en todo el país y

en la provincia de Córdoba en particular. Se ha logrado en otras provincias argentinas. Los proyectos de ley a nivel provincial y nacional están esperando el debate legislativo y su sanción por la Legislatura provincial y el Congreso Nacional respectivamente.

Ahora, hacia adentro del campo del AT, hacia los acompañantes, lo que es una preocupación para mí es observar que muchos acompañantes se lanzan a la práctica sin estar advertidos de los riesgos que implica, ni apertrechados con los recursos necesarios, que no son –a mi entender- solamente la adecuada formación, sino la convicción de que no es un trabajo que pueda realizarse solo. El dispositivo es complejo y múltiple. Tiene que haber otros. Necesitamos haber transitado por la psicoterapia personal. Es preciso supervisar de vez en cuando. Tenemos que trabajar en equipo. Aprender a reconocer nuestros límites. Articular con otros. Para no quedar atrapados en la trama transferencial, vincular y cotidiana de nuestros pacientes. Cuando eso sucede empezamos a responder desde el sentido común, con actuaciones transferenciales y reproduciendo mecanismos de poder y segregación con nuestros pacientes. O huimos espantados.

Procesos de adecuación en servicio de pacientes crónicos. Proyecto 17.¹

KARINA CHAYAN

El término adecuación remite a acomodar, ajustar, adaptar, amoldar. Rápidamente puede pensarse en normalizar. Normas, derechos, leyes que enmarcan las formas de atención.

En el hospital psicoasistencial de la capital vienen produciéndose procesos de cambio y adecuación en muchos servicios, son veintisiete en total con heterogéneas y muy diferentes modalidades de atención.

Yo comencé a trabajar en el año 2000 en la transformación de uno de ellos de pacientes internados crónicos, a hospital de día de TCA, anorexia y bulimia ambulatorios, a cargo del Dr. Persano. Por cuestiones de concurso de cargos pase a la guardia 3 años y desde hace casi 2 años al área crítica del Hospital, un servicio de pacientes crónicos y con efectos de cronificación, con mas de 10 años de internación , 20 , 30 y casi 40 años internados con edades desde los 40 a mas de 60 años. Se le llamó área crítica por la falta de recursos humanos y cantidad de pacientes. Casi al llegar quedé como única psicóloga de planta en trabajo activo, un médico y 3 enfermeros para 29 pacientes, luego fueron menos.

Proyecto 17 llame, a aquello que me fui proponiendo en mi rol de única psicóloga de planta, en etapas, para poder asistir a los pacientes y continuar con lo ya trabajado por el jefe de Serv. Dr. Puerta con muy pocos recursos, psicólogos voluntarios a los que se le llama visitantes. Había algunos talleres que se iban discontinuando y algunos con tratamientos individuales, sin articulación como dispositivo complejo.

En casi dos años de trabajo se pudo, por articulación con la facultad, contar con voluntarios para un primer armado de talleres, entra-

¹ Lic en psicología. Docente Universidad Nacional de la Matanza. Psic. Hospital Borda. Ex presidente AATRA karinachayan@yahoo.com.ar

mados, con objetivos terapéuticos que recorren toda la semana, juegos de mesa, educación física y movimiento en los parques, arte y expresión artística, musicoterapia, asamblea de convivencia, cine, escritura y lectura, música, cuidados personales con rotantes de enfermería. Si bien siempre hubo la voluntad de realizar talleres, no lograban sistematizarse, ni formar parte de una red compleja de atención como proceso terapéutico interdisciplinario.

Las reuniones de equipo se sistematizaron y fueron construyéndose como espacios interdisciplinarios, productores de saber, ateneos clínicos mensuales. Ahora se agregó presentación de los talleristas con los logros de los pacientes mensualmente.

Las salidas terapéuticas con art y psicólogos voluntarios y los que se reciben de obras sociales o curadurías son los lugares donde comienza a visualizarse los cambios trabajados en todos los espacios de taller. Una fuerza impulsora de vitalidad, de salirse de la abulia y el desgano, de los rituales circulares del tedio de repetir las mismas acciones, día a día. Donde las horas se hacen días y los días meses sin marcar el cambio temporal que nos designe como diferenciado un lunes de un jueves.

El ingreso de un médico más, compañero y amigo de las rutas pedregosas acerca de impulsar los cambios, Dr. De Arriba, psiquiatra joven, con las mismas perspectivas de prácticas comunitarias y sociales, impulsan todo lo esbozado en las primeras etapas, con las condiciones de posibilidad del Jefe de Serv. Dr. Puerta, con todos los avatares imaginables que esto implica, pero avanzando.

Las habilidades sociales que se pierden al ingreso por la dinámica propia de la institución y su ordenamiento, empiezan a hacerse necesarias, para cumplir las consignas de los talleres, las vinculaciones entre ellos, y las salidas al exterior del servicio y del hospital.

Como decía Kaes, las instituciones nos atraviesan e intercambiamos con ellas en forma dialéctica, lo que produce subjetividad en ese entramado relacional.

Ante la imposibilidad de derivar a los pacientes, en su mayoría casi todos los que tengo, a emprendimientos sociales, justamente por no reunir las condiciones para cumplir las consignas, inicio un taller de

decoración de macetas de barro, con pequeños cuadraditos de cerámica que se pegan con cemento. Aparecen rápidamente las resistencias, la dificultad propia del hacer y realizar, apropiarse del espacio. Sin embargo, al poco de andar, aquel paciente con un grado de deterioro importante, sobre todo cognitivo, que no se comunicaba verbalmente, para enorme sorpresa, comienza a participar y comentar a media lengua que fue albañil en su juventud. El entusiasmo crece, la pericia en el hacer que aprendemos juntos, aumenta y al tener la cantidad adecuada de macetas, intento tramitar un permiso de venta de las mismas.

Hacían falta entre cuatro y siete firmas para autorizar con pocas perspectivas, hablando mucho, entusiasmando otro poco, fui esperanzando a cada quien, de lo importante para los pacientes de volverse consultantes y participantes de este proyecto, que podía ser una salida laboral. Vendimos una y rompimos dos, nos reímos y seguimos adelante; nos pelearon otros pacientes que hacen otras cosas y venden.

A mi proyección inicial se sumaron la creatividad y la casualidad del equipo de apoyo de visitantes. Se creo un taller de informática y se realizaron carteles con los precios, volantes, Facebook, página web, todo en el taller con sus propias propuestas. Atravesamos los temores y las ideas persecutorias, la compu me mira, me habla y luego nos amigamos con la tecnología. Ya tenemos un convenio con un vivero que vende nuestras macetas y nos entrega a muy poco valor el material, nos donan las venecitas unos constructores, y los lazos de adentro y afuera comienzan a desdibujarse, ya no parecen tan distintos, el afuera no es tan temible.

Estamos en un proceso en continua construcción y sirvió para trabajar la administración del dinero de la pensión, el manejo de los gastos, la reconstrucción de la propia identidad, ser artesano y ser vendedor, ser comprador. Muchos aspectos de la identidad que van dejando al paciente padeciente más atrás y dando lugar a los sujetos deseosos, deseantes, concientes de derechos a ejercer, apropiarse de un espacio en el afuera que no tiene por qué ser amenazante.

Respecto al área de las salidas con objetivos terapéuticos, de reconstrucción de lazos sociales, y habilidades, *surgió* en las primeras

salidas al exterior, por ejemplo al cine, donde hubo escenas de descomposturas, pérdidas, temblores, hasta hacerse literalmente encima, es decir perder el control de esfínteres. Hubo que afrontar que los cambios debían ser graduales y acompañados por las modificaciones necesarias para el cuidado de lo cotidiano.

La superación de los obstáculos está en pleno movimiento, en un ir y venir dialéctico, no sin avatares, algunas lágrimas, la mayoría más, algunas rabias, impotencia contenida, ver tanto por hacer y tener tan poco a veces, lo mas difícil es visualizar lo posible con obstáculos improcedentes de índole institucional, miedos a los cambios y mucho esfuerzo, lo mejor.....sobre todo..... la felicidad de ver sonrisas, palabras, sonidos, música, donde no había. Quejas donde había sumisión y silencios, revuelo y más trabajo, pero de una dignidad distinta.

Hay una terapia de grupo que coordino con los pacientes que podrían llamarse los “ayudantes”. Allí propicio crear conciencia de situación, el estar internado en un hospital, tener atención, visualizar y *problematizar cuál es el padecimiento, por qué no se han podido externar...* esos son algunos temas de los que tratamos con aquellos que se suponen son los que están mejor. De dicho grupo terapéutico, del cual surgieron tres altas en proceso, los pacientes viven afuera, vienen al grupo y a terapia individual, tienen at de obra social. En ellos, el proceso de deconstrucción de las prácticas institucionales, adecuadas al lugar de internación, e inadecuadas en la vida social en el afuera, los refuerzos son sandwichs, y yogures, la medicación se la autoadministran tres semanas antes en el servicio y luego se externan en proceso. Uno alquiló un departamento en provincia. Otros dos viven en una pensión. Se les tramita un subsidio habitacional y se trabajó en conjunto con el juzgado, curadurías, para tramitar amparo, pues ninguno de los pacientes puede tener un medio camino, sino un lugar de llegada. Llegada a un lugar social posible, un techo y una ocupación. Uno vende churros, otro hace papel reciclado, otro está en talleres protegidos.

Parte de las cuestiones notables son los sentires en la forma en que se nombran, “soy carpintero no un loquito del borda, soy vendedor, soy artesano”. “La primera vez que dormí afuera me encontré con mi

propia humanidad, a veces perdés quién sos entre tantos, y perdés cómo cuidarte a vos mismo”.

Tal como sucede en las familias, se conforman tramas solidarias y afectivas complejas entre los compañeros que devinieron amigos, hermanos de la vida. No sin avatares...

Es entonces que pienso de qué se trata un proceso de adecuación. Es centrar las perspectivas en la humanidad de las personas, que el centro de todos los objetivos, donde se re direccionan nuestras prácticas profesionales, de todas las profesiones, estén centradas en la preservación de esa humanidad, que tantas veces vemos adentro y afuera del hospital vulnerada.

La cultura de la mortificación, en el sentido, de la falta de fuerza, apagado, sin viveza, en relación con un cuerpo agobiado por la astenia, decía Ulloa. La fatiga crónica, de los pacientes como de los trabajadores, el cansancio sostenido, suprime al individuo pensante. Donde desaparece la valentía, aparece la resignación y la cobardía, merma la inteligencia. No puede haber alegría, disminuye el accionar crítico. En las instituciones donde todo se realiza en el mismo lugar: comer, dormir, recibir atención médica, como los internos en el hospital, se dan prácticas vinculares cercanas a la残酷. Si uno le grita, a alguien que no puede insultarnos o revelarse dado que depende en absoluto de nosotros, en toda su subsistencia, se produce mortificación. La encerrona trágica es ese aspecto de no tener salida, solo la sumisión puede implementarse y el silencio ser un recurso, apagado ante lo injusto. Para contrarrestar estos efectos, Ulloa habló de la institución de la ternura, la primera que recibimos fue en los cuidados maternos, de allí en más la ternura vincular será lo más reparador para el ser humano, de gran poder curativo del alma. Da fortaleza y seguridad, hace fuerte ante el desvalimiento infantil.

Así surge lo que Ulloa tanto trabajó y nos hizo reflexionar sobre la cultura de la mortificación, la encerrona trágica y la ternura. Conceptualizaciones que permiten pensar, de que se trata, además de la perspectiva de derecho, derechos civiles, derechos humanos, de las personas internadas en un hospital de salud mental.

Entonces en los procesos de adecuación deberá tenerse en cuenta, además del número de pacientes, los profesionales, el equipo, los modos de funcionamiento, las prácticas, la ternura como abrigo frente a la intemperie y el desamparo, el alimento frente al hambre y el buen trato, escudos protectores todos frente a las violencias inevitables del vivir, del dolor del existir.

Nada de esto ha sido ni es un logro individual, sino un complejo entramado de voluntades, muchas ad honorem, gente que se va sumando, dándole otros matices a lo que ahora es un proyecto colectivo, en el que todos podemos sentirnos felices, realizados, disfrutar de los logros y entristecernos en compañía cuando las cosas se dificultan. Será mucho mejor cuando pasado el tiempo constructivo, todo esto se sistematice junto a enfermería, at, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, musicoterapeutas, todos construyendo y sosteniendo el resguardo de esa humanidad rescatada, de esas identidades recuperadas y restituidas.

Bibliografía

Kaës, R. (1998). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Elementos de la práctica psicoanalítica en institución*. Buenos Aires: Paidós.

Ulloa, F. (1996). “La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental”. En *La Novela Clínica Psicoanalítica* (pp. 231-256). Buenos Aires: Paidós.

Psicodrama y teatro espontáneo como herramienta conceptual para el acompañamiento terapéutico de personas con enfermedad mental grave

ALEJANDRO CHÉVEZ, ANDREA MONTUORI¹

“Todo confluía en la convicción del valor intrínseco del modelo relacional. ‘Hay que poner el cuerpo’, fue nuestro lema. Nosotros somos el ‘instrumento terapéutico’ por excelencia. Estábamos también yendo por un camino que recogía los frutos de las técnicas psicodramáticas. Martínez, Moccio y Pavlovsky con su integración de las teorías psicoanalíticas y psicodramáticas nos habían enriquecido en lo que significa participar activamente como terapeutas. ¿Nos alejábamos del psicoanálisis al abandonar la abstinencia como regla básica o abríamos nuevas puertas? Nosotros apostamos por esta segunda posibilidad y ahora en 1991, recogemos los frutos de aquellos años de maravillosa creatividad colectiva”. Eduardo Kalina, (1984).

“El acompañante terapéutico, al trabajar en un nivel dramático-vivencial, no interpretativo, muestra al paciente, in situ, modos diferentes de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana.”

S. Kuras y S. Resnisky, (1984).

“El verdadero símbolo del teatro terapéutico es el hogar privado”
J.L. Moreno, (1993).

¹ Equipo de coordinación de la Asociación de Acompañamiento Terapéutico y Teatro Espontáneo - PasosContacto: achevez@cop.es Madrid España.

Introducción

Los dispositivos de atención socio comunitaria prosperan hoy en día bajo el efecto del crack producido por la implementación política y legal del cierre de los grandes hospitales psiquiátricos a partir de los años '50. A partir de los años '60 comienza a tenerse noticia de diferentes experiencias en las que los profesionales intervienen en las casas y domicilios de los pacientes, traspasando los límites de la consulta y el hospital.

Surgen en este marco los primeros equipos de Acompañamiento Terapéutico sobre las bases teóricas que se disponían en ese momento: psicoanálisis, sistémica, psicología social, a la vez que se relegan otras como la teoría de grupos y el psicodrama.

A modo de introducción de nuestro planteamiento, vale decir que la influencia de esta última, el psicodrama, en la constitución del AT nunca ha sido reconocida suficientemente por los autores emblemáticos de esta disciplina, a pesar de que las alusiones son claras desde los primeros textos. El primer libro de Acompañamiento Terapéutico data de 1984, escrito como todos saben por Susana Kuras y Silvia Resnisky, contiene varias referencias que acercan a Jacov Levy Moreno, creador del psicodrama, a los fundamentos del AT. Partiendo por la apuesta que hacen las autoras por una metodología centrada en lo vincular, en el que se ejerce un trabajo "dramático-vivencial", y donde una función fundamental es la de hacer de "yo auxiliar" del paciente, función psicodramática por excelencia, en tanto que ayuda a sostener la escena del otro y que enlaza con la definición de yo auxiliar del mismo Moreno, en el que al igual que el acompañante, el yo auxiliar cumple una función como actor, como terapeuta y como investigador social (Moreno, 1993).

Volveremos sobre estas cuestiones, pero conviene decir que se calcula que actualmente hay más de 15000 acompañantes terapéuticos trabajando en Argentina, Brasil, Uruguay, México y España, donde además, en alguno de estos países el acompañamiento ha alcanzado una cualificación profesional universitaria (especialización de postgrado, diplomatura o tecnicatura dependiendo del lugar), con lo cual el hecho

de reintroducir en la formación de acompañantes terapéutico una metodología de aprendizaje mediante la acción para la acción, no es una propuesta que deba dejarse de lado.

En España el pistoletazo de salida lo da la promulgación de la Ley 14/1986, del 25 de abril, que en su capítulo III “De la salud mental”, artículo 20, punto 1, establece que “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará *en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio* y los sistemas de hospitalización parcial y *atención a domicilio*, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”. Esta “prescripción legal” da lugar a la creación de equipos multidisciplinares públicos que van a intervenir en la comunidad con una mayor o menor especialización, ocupando el campo que en otros países ocupa el Acompañamiento Terapéutico. Así es que los más institucionalizados hoy por hoy, son los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (se calcula que hay aproximadamente unos 33 equipos funcionando en España según datos del 2012) y los Equipos de Apoyo Social Comunitario (hay 38 sólo en la Comunidad de Madrid), estos últimos tributarios del acompañamiento terapéutico entre otros fundamentos teóricos y metodológicos.

Desde 1980 tenemos información de equipos de acompañamiento terapéutico funcionando “clandestinamente” en Barcelona y Madrid. En España ha tenido diferentes niveles de legitimación y la implantación de este dispositivo ha prosperado fundamentalmente en la clínica privada y ha ido aumentando su incorporación en tratamientos de manera paulatina.

Regreso a la formación vivencial

Desde hace cuatro años estamos trabajando en la revisión de las teorías de Moreno sobre la base de que nos puede ayudar a dar luz sobre cuestiones muy específicas de la práctica del AT. Hemos trabajado, analizado casos, supervisado y formado acompañantes, en la confluencia teórica del Acompañamiento Terapéutico y el Teatro Espontáneo, recuperando desde los fundamentos, conceptos de gran poder explicativo

que permiten poner en acto la teoría del acompañamiento terapéutico. De esta forma nuestra práctica se nutre de conceptos como protagonista, yo auxiliar, actor y personaje; espontaneidad trabajada, intervención escénica, rol, y grupo diádico, y centramos la formación en el entrenamiento de la espontaneidad, y la construcción y supervisión de escenas.

Consideramos la estructura básica del acompañamiento *como un grupo* (el equipo o sistema terapéutico) *que acompaña a otro grupo* (el sistema familiar), cuya relación se despliega en torno a escenas, entendidas como sistemas, en el que la función del acompañante es sostener estas escenas y evitar que estas se enquisten, es decir, evitar quedar atrapado en círculos viciosos patológicos que inhiban su espontaneidad y capacidad de acción. Para intervenir en estos sistemas el AT dispone de dos recursos fundamentales: su experiencia o formación técnica y su espontaneidad o disposición personal (de aquí la importancia de una formación vivencial centrada en la acción para la acción).

El equipo de acompañantes además de la coordinación y la supervisión de casos, supervisa las escenas en las que se ve envuelto. Con la ayuda de su equipo los acompañantes representan las situaciones conflictivas obteniendo información para sí mismo y para los compañeros, a la vez que une al grupo, en tanto los miembros del mismo son co-creadores de las escenas en las que participan.

De esta manera los acompañantes aprenden a leer cada situación en términos de *escena*, a la vez que entrena*n* su espontaneidad y creatividad, mediante técnicas activas (escultura, dibujo, roleplaying, multiplicación dramática, etc.), se ensayan resoluciones reales o poéticas. El AT, en tanto yo auxiliar brinda soporte a la escena desde una *espontaneidad trabajada* (A. Chévez, 2012), posibilitando el acto subjetivo y espontáneo del acompañado. La espontaneidad debe ser el mecanismo que permita la transformación creativa de un equipo (tanto de estilo como de composición de ser necesario) frente a un paciente que en tanto cambia deja de ser el que era.

Parafraseando a Moreno podemos decir que un *equipo espontáneo* es aquel que puede actuar de forma adecuada ante un paciente nuevo (o que ha cambiado de posición subjetiva) o que puede actuar de forma creativa ante un paciente “conocido”.

Moreno, el acompañamiento terapéutico y el psicodrama

Son muchos los puntos de encuentro entre la obra de Moreno y el acompañamiento terapéutico. En primer lugar, él se plantea un teatro fuera de las salas tradicionales, que comienza en la calle, trabajando con niños y prostitutas. Un teatro sin guiones predefinidos ni pautas a priori, sino un teatro que se haga en acto, a partir de la espontaneidad y la creatividad de los actores y el público, finalmente un teatro que rompa el esquema tradicional actores/públicos, en donde la escena es una co-creación entre ambos, en donde al igual que en el acompañamiento terapéutico sea la situación *in situ* la que guíe la escena, en donde el público sea protagonista y el actor un yo-auxiliar que acompaña la historia y ayuda que la escena siga fluyendo.

Ya por el año '30 Jacob Levy Moreno diferenciaba un tipo de intervención que denominaba "*existencial*" y que consistía en el trabajo *in situ* con el paciente, en los domicilios, en la calle, en la comunidad y con la comunidad, diferenciándolo de un trabajo de "*laboratorio*" que se llevaría a cabo en la consulta. Este principio de la acción comunitaria como propuesta metodológica, representa uno de las principales innovaciones de su trabajo, y lo ubica como antecedente de los posteriores movimientos de desinstitucionalización psiquiátrica y de intervención comunitaria. Su afán por romper lo instituido, las conservas sociales, lo llevan evidentemente des-teatralizar el teatro, y en el campo de la salud mental a des-psiquiatrizar la psiquiatría.

Este enfoque revolucionario lo ha puesto tan cerca como lejos del psicoanálisis, en tanto ambas teorías forman parte, a mi entender, de una misma revolución (aquella que ubica al yo en la periferia del lugar donde se cuecen habas) aunque por veredas diferentes.

En conclusión *el Psicodrama comparte con el Acompañamiento Terapéutico el mismo lenguaje, el de la acción*, a la vez que le aporta un enfoque terapéutico relacional, que utiliza como fuerzas transformadoras la espontaneidad y la creatividad, y cuyo principal instrumento es la capacidad expresiva del cuerpo y la palabra del acompañante, en tanto se desempeña como actor en una escena.

Solo la ceguera mentalista que ha convertido al acompañante terapéutico en un intelectual de segunda sería capaz de no apreciar este feliz encuentro.

El uso de conceptos Morenianos en Acompañamiento Terapéutico

El concepto fundamental para comprender el aporte moreniano es, sin duda el de espontaneidad. Junto con ella tenemos los componentes que constituyen una escena: protagonista, yo auxiliar, el director y el escenario.

La Espontaneidad es el motor primigenio de la producción creativa y un sinónimo de salud; “*es una disposición del sujeto a responder tal como es requerido [...] una preparación del sujeto para la acción libre*” (Moreno, 1993). Moreno entiende la *creatividad* como un resultado del proceso subjetivante que se da en la interacción entre dos, que se relacionan con espontaneidad.

¿Cómo podemos entender la relación terapéutica *in situ* a partir del principio moreniano de espontaneidad?, quizás la respuesta sea que todo acto espontáneo enlaza con un otro, es decir, la espontaneidad es un acto social, en la medida que vincula a dos sujetos de forma creativa en el aquí y ahora. Cuando Moreno en “Teatro de la Espontaneidad” define espontaneidad, hace referencia que permite actuar adecuadamente ante una situación nueva o de forma creativa en una situación conocida, esto es precisamente lo que busca el acompañante: adaptarse a una situación inesperada o poder transformar una situación rutinaria de forma creativa.

La escena:

Definimos escena como un sistema. La escena se constituye en el momento concreto en el que se desenvuelve la interacción entre acompañante y paciente. En un plano temporal está conformada por una secuencia organizada en momentos que constituyen la historia del vínculo, en la que participan en un mismo momento dos o más personas

in situ (protagonista, yo auxiliares, personajes, público), y otras tantas fuera del plano (director, coordinador, instituciones), que forman parte del contexto que define la escena sociohistóricamente.

Toda escena en tanto transcurre en un tiempo y espacio sociales, contiene una aspecto temporal (secuencial, diacrónico), topológico (simbólico, sincrónico) y nomológico (legal, normativo); y también un nivel manifiesto y un nivel latente, pasibles de ser dilucidados mediante el trabajo específico de la supervisión.

El protagonista

El protagonista ocupa el centro de la escena y es por lo tanto el actor principal, quien relata y define la escena. Este lugar lo ocupa fundamentalmente el acompañado en la escena. La tarea del at, es ir “por detrás” del protagonista (como diría Pablo Población en alusión a la no directividad), apoyando la construcción de las escenas que se van creando y cerrando a lo largo del tratamiento.

El relato del protagonista no solo refiere a sí mismo, sino que pone de manifiesto a la vez su estructura vincular interna y la estructura vincular del grupo del que forma parte en ese momento. La función protagónica debe considerarse un emergente de la escena, es portavoz de la situación que se está viviendo en ese momento, en tanto es sostenida por el grupo.

El Yo-auxiliar

Sería la función específica del acompañante terapéutico en la escena terapéutica. Moreno también lo ha denominado *actor terapéutico*. El yo auxiliar va a ocupar roles secundarios que ayudan a sostener la escena, son por lo general roles ausentes que el protagonista (el acompañado) de momento no es capaz de abordar de forma manifiesta, por lo que el juego del yo-auxiliar es preparatorio y tiene la función simbólica de representar en acto; roles ausentes que aparecen en el mundo privado del paciente de forma explícita o implícita. Se trata de representar solo

los papeles que se le presentan de la forma más ajustada posible al encauadre, pero sin darle un cierre de sentido a través de la interpretación. Dice Moreno “*el yo auxiliar tiene tres funciones: a) la de actor, representando los papeles requeridos por el mundo del sujeto; b) la de guía, un agente terapéutico, y c) la de investigador social*” (Moreno, 1993) y agrega “*la función del yo auxiliar consiste en hacer conversar a cada miembro de la triada*”, al acompañante, al acompañado y a los roles que aparecen y se representan en la relación entre ambos y que son pertenecientes al mundo interno del acompañado.

El director

En términos de AT, es el responsable del tratamiento, que estaría representado por un profesional, el supervisor, el coordinador o por un equipo terapéutico (en función de cómo este configurado el equipo y el tratamiento). Es sobre quien recae la mayor parte de la tele terapéutica. Y agrega Moreno “*el director psicodramático tiene tres funciones: a) es un productor, b) es el principal terapeuta, y c) es un analista social*”, y agrega “*es una especie de yo super-auxiliar*” (Moreno, 1993).

El escenario

Representa el espacio donde transcurre la interacción, este puede ser conceptualizado desde su estructura formal o desde su estructura simbólica como proyección del mundo interno del protagonista (P. Población, 1997). Desde un punto de vista material puede ser la casa del paciente, la calle, un bar, cualquier espacio público o privado, más o menos formal, por donde transcurre el acompañamiento terapéutico; ahora bien el escenario esta investido de expectativas, de situaciones potenciales que surge de la propia estructura grupal del acompañamiento y se convierte, por lo tanto, en un verdadero *locus nascendi* de matrices relacionales.

Finalmente tenemos **el espectador**. Para Moreno no hay espectador en sí, “*el espectador es la comunidad*” (Moreno, 1993) en donde se hallaría distribuida parte de la eficacia terapéutica de todo tratamiento.

Axiomas de la intervención del acompañante terapéutico psico-dramático

Definida la *escena terapéutica*, con su equipo, encuadre y estrategia, empezamos a trabajar y nos encontramos con los siguientes principios prácticos de intervención:

- El Acompañante Terapéutico es un yo auxiliar que se desempeña en una escena terapéutica, y en donde su función es permitir que la escena siga fluyendo ocupando diferentes roles de forma espontánea y creativa.
- El transcurso del acompañamiento terapéutico puede ser comprendido como una sucesión de escenas ordenadas por las matrices relationales originadas entre el grupo acompañado, el grupo tratante y de la interacción entre ambos.
- El Acompañante Terapéutico no trabaja desde su sentido común (conserva cultural), sino desde su *espontaneidad trabajada*. Esta espontaneidad es entrenada mediante la formación técnica y la supervisión activa, concepto y disposición personal son los elementos fundamentales a la hora de intervenir.
- El territorio del acompañamiento terapéutico es el vínculo y *este* se despliega siempre en *escenas* (en tiempo presente) en el que se ponen en juego (se actualizan en la relación) roles psicosomáticos, psicodramáticos y sociales. Tanto el yo como el vínculo surgen de estos roles. Rol entendido como aquello que no es propio ni ajeno al sujeto y que ponen en relación a un sujeto con otro).
- El trabajo del acompañante terapéutico se basa en la *acción in situ* y no en la *interpretación a posteriori*, por lo que cobra importancia la capacidad *dramática-vivencial* de los acompañantes, es decir, la posibilidad de sostener una escena desde un rol asignado por el paciente. La supervisión

le permite al equipo a modo de hipótesis, dilucidar la escena que se está dando con el fin para poder habitarla, sostenerla y transformarla.

- Desde un punto de vista técnico, el juego de roles es una estrategia fundamental en la intervención. Desatascar roles sedimentados, experimentar nuevas formas de relación a través de experiencias constructivas, son la base del trabajo del día a día con los acompañados.

Lugares de encuentro

En síntesis, el planteamiento que hacemos es **el de redescubrir**, mediante una relectura de la obra de Moreno, el encuentro más que oportuno entre sus teorías del rol, la espontaneidad y el momento (basado en la acción) y el acompañamiento terapéutico. Se plantea la figura del yo auxiliar como la función específica que realiza el acompañante, en tanto actor que dinamiza una escena terapéutica que se da en la calle y en lo cotidiano. Una obra co producida en acto con el protagonista, el acompañado y los demás personajes que intervienen en el sistema.

Planteamos el encuentro entre dos grupos, uno representante del sistema terapéutico y el otro, del sistema “paciente” (paciente, familia, amigos, etc....). Planteamos el acompañamiento como un grupo que acompaña a otro grupo, en donde ambos sistemas se transforman por el contacto mutuo.

La función del sistema terapéutico es aportar espontaneidad y romper las pautas rígidas patológicas del sistema “paciente” (utilizamos el término paciente a falta de uno que denote mejor el rol activo que tiene en este escenario).

También planteamos la necesidad de una formación que recupere el aprendizaje a través de la acción, el psicodrama y el teatro espontáneo son nuevamente idóneos para este trabajo.

Por ejemplo, la supervisión activa de escenas, mediante técnicas psicodramáticas, incluyen la representación de escenas cotidianas y aportan información acerca de las dinámicas que produce el propio

equipo en el paciente y que explican muchas de las situaciones que se generan durante el acompañamiento. Además, la narración resultante de las dramatizaciones trabajadas por el equipo suelen ser más productivas que cuando el caso es solamente narrado. Es por ello que recomendamos que toda supervisión activa incluya un caldeamiento, la dramatización de las escenas surgidas en el equipo, el eco (o expresión emocional) y el procesamiento (análisis racional).

En equipos que trabajan en residencias o comunidades terapéuticas, puede pensarse un paso más: Talleres de Teatro Espontáneo en el que pacientes y equipo puedan interactuar desde este lugar alternativo con el fin de romper roles sedimentarios y rígidos. El efecto de estos talleres no solo produce una transformación en el estilo de intervención de los equipos sino un cambio en el vínculo entre profesionales y usuarios, fundamentalmente en lo que se refiere a las relaciones de poder que instala la institución y el “sentido común”. La aplicación del Teatro Espontáneo como intervención puede tener una función preventiva ante el furor técnico, el recetismo, la automatización y la rigidez de las intervenciones, todas ellas calificadas por Moreno, como resistencias del actor.

En conclusión, pensamos que es fundamental que además de la formación teórica y conceptual, fundamental para modelar las mentes, en los planes de formación nos atrevamos a introducir en igual medida (y no de forma marginal o supletoria) técnicas activas que permita a los acompañantes modelar los actos y confiar en su *espontaneidad trabajada* actuando de forma adecuada y creativa tanto en la calle como en los domicilios, así como en los cada vez más heterogéneos contextos donde discurre nuestra práctica a medida que crece y avanza.

Bibliografía

Chévez A. (2012). *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid: Grupo 5.

Garavelli M.E. (2003). *Odisea en la escena*. Córdoba: Editorial Brujas.

Levinas Emmanuel (2001). *Entre Nosotros*. Valencia: Pre-textos.

Mannoni O. (2006). *La otra escena*. Buenos Aires: Amorrortu.

Marineau, R. (1995). *J.L. Moreno. Su Biografía*. Buenos Aires:Lumen

Moreno J.L. (1977). *El teatro de la espontaneidad*. Buenos Aires: Editorial Vancu.

Moreno J.L. (1993). *Psicodrama*. Buenos Aires: Lumen.

Población P. (1997). *Teoría del Juego en Psicoterapia*. Madrid: Fundamentos.

Frank, M. y Bustos, N. (2011). (Comp.) *Acompañamiento Terapéutico. Innovaciones en la Clínica. Incripción Institucional*. Buenos Aires: Ed. Dunken.

Kuras S. y Resnizky S. (2004). *Acompañantes Terapéuticos*. Buenos Aires: Letra Viva.

Kuras S.y Resnizky, S. (2011). *El Acompañamiento terapéutico como Dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.

Abordajes en AT una mirada ampliada hacia la familia

MARÍA LAURA FRANK¹

La clínica del acompañamiento trascurre en las fronteras, espacios entre el individuo y su familia, entre la calle y la institución, entre los espacios sociales de los acompañados y los nuestros, entre nuestro espacio terapéutico y las reuniones con el equipo.

Cuando el at se inserta en los caminos de lo cotidiano va recorriendo paisajes y escenarios diferentes, disímiles, por momentos confortables, agradables, oscuros o llenos de obstáculos. Recorremos esos caminos con una guía de viaje que es el trabajo en equipo, la terapia individual y la supervisión, que nos orientan para no sucumbir en el intento de sumergirnos con una estrategia clínica en el territorio del otro y perdernos en él.

El acompañamiento terapéutico pensado como un dispositivo permite un abordaje terapéutico ampliado, abordando no solo al sujeto designado como paciente, sino también el contexto en el cual está inserto. Intentaré en este escrito esbozar algunas ideas sobre cómo el dispositivo acompañamiento terapéutico ampliado puede abordar al contexto familiar.

El at trabaja en - con lo cotidiano, por lo tanto con la familia y esto tiene consecuencias en la intervención clínica. Ana Quiroga afirma, *“La vida cotidiana se manifiesta como un conjunto heterogéneo y multitudinario de hechos, actos, objetos, relaciones, actividades, que se nos presentan en forma “dramática”, es decir, como acción … La conforman la familia que constituimos, la revista que leemos, la televisión, el cine, el teatro, la casa que habitamos, etc. Se organiza alrededor de la experiencia de la acción del aquí”*

¹ Lic. en psicología. Fundación Sistere. Córdoba Argentina AATRA (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina) mlaurafrank@gmail.com

de mi cuerpo y del ahora de mi presente, un mundo subjetivo, social, compartido, que yo experimento y que vivo con otros... [...] es predominantemente experiencia de acción, mecanismo irreflexivo, no es consciente. [...] Los hechos se aceptan como partes de un todo conocido, autoevidente.

El acompañante, de la mano de una estrategia de equipo, se va a introducir en la vida cotidiana para trabajar con ese mundo que es mucho más que un lugar, es condición de subjetivación. Intervenir en lo cotidiano puede generar modificaciones en la subjetividad, en la red social y familiar.

Con su presencia, el at puede hacer visible aquello que la cotidianeidad oculta, devela prácticas desubjetivantes, roles estereotipados que no permiten modificaciones saludables, observa la forma de habitar el espacio, el tiempo y el ritmo del otro, los vínculos, las presencias, las ausencias, tonos de voz, miradas, gestos.

En la clínica del at abordamos no sólo al sujeto designado como paciente sino a toda la escena en la que participa, el escenario y la escenografía. Todos aquellos actos, actividades y personajes que constituyen la vida cotidiana del paciente forman parte del escenario en el cual el at interviene, como dice Ana Quiroga, de los hechos que aceptan sin cuestionar.

En una oportunidad una paciente internada en un hospital psiquiátrico pronta a ser dada de alta manifestaba en sesiones de terapia que “no podía volver a su casa porque no había lugar para ella”. Decidimos incorporar un at para trabajar la externación que por distintos motivos era complicada. No fue menor lo sorpresa cuando la at nos relató que en la vivienda donde habitaban tres personas había dos camas, dos sillas, dos platos, por lo que, cuando ella estaba en la casa hacían turnos para comer. Esto era naturalizado y nadie podía imaginar que fuera de otra manera. La presencia del at permitió entender la fuerza de las palabras, “no había lugar para ella”, la relación entre su madre y su hermana no dejaba margen para alguien más, en lo simbólico, ni en lo vincular, tampoco en lo real de la casa. La estrategia de externación incluyó, para que fuera efectiva, no sólo aspectos singulares de la paciente, sino también su casa, los vínculos que allí se presentaban.

En este escenario de lo cotidiano, la familia es una pieza fundamental en la vida de los sujetos. Muchas dificultades hacia el logro de los objetivos surgen de enfrentamientos u obstáculos de la familia hacia la tarea del acompañante. Frente a estas situaciones, los acompañantes pueden sentirse confundidos, amenazados, rechazados. En las supervisiones escuchamos fuertes sentimientos de impotencia, frustración, ante no saber cómo actuar.

Encontramos textos que plantean (Dozza, Marinho, Texeira y otros) que no se trata de ir en contra de la familia, de luchar contra las resistencias al cambio, de cuestionar sus verdades absolutas; tampoco de culpar a la familia por el padecimiento del paciente.

Tomando palabras de Teixeira, Dename, Balduino “*[...]Comprender y aceptar los recursos y límites de los familiares de nuestro paciente es abrir camino hacia una interacción de mayor apertura y proximidad; es trabajar en el sentido de favorecer relaciones menos defensivas y más flexibles entre nosotros y la familia, y entre esta y el paciente.*” Continúan diciendo que al abordar no sólo al paciente sino a la estructura más amplia, se aceleran los procesos, y agrego, se sostienen los cambios.

En los últimos años hay cierta coincidencia en pensar el acompañamiento terapéutico como un dispositivo (Kuras, S Resnizky S 2011; Dragotto P; Frank ML, 2012, otros) Este concepto nos permite pensar la complejidad de redes que se entraman en el marco del acompañamiento.

Agamben toma el concepto de Foucault... “*Lo que trato de indicar con este nombre es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos.*”

Si el acompañamiento terapéutico **constituye** un dispositivo, es mucho más que la relación que se da en el proceso terapéutico entre un acompañante y un paciente. Se trata de la red que se establece entre el acompañante, el terapeuta que pide un acompañante, el psiquiatra, el

supervisor del acompañante, el analista del acompañante, el acompañado, la familia del acompañado, su entorno, sus mascotas, el vecino, el portero, su manera de recorrer o no la ciudad, etc.

El dispositivo AT abarca la compleja red de personas, escenarios y situaciones de lo cotidiano lo cual da al abordaje terapéutico una mayor amplitud y por lo tanto mayor eficacia terapéutica. El trabajar con la familia y no a pesar de ella redonda en mayor efectividad de la estrategia.

Si concebimos al sujeto constituido en entramados intersubjetivos, esto cobra sentido, ya que la familia tiene un lugar principal al constituirse como el grupo primario. Parafraseando a Edelman L. y Kordon D., la familia es el entramado vincular en el que adquirimos el orden generacional, la identidad sexual, la personalidad; a través del discurso y las acciones se van inscribiendo lo histórico, cultural, social que forman parte de la constitución subjetiva. Es decir que nos vamos constituyendo en quienes somos a través de los vínculos que creamos en la sociedad donde vivimos; lo intra, lo inter y lo transubjetivo se conjugan permanentemente.

Por otro lado, Abeleira y Delucca (2004) sostienen que el entramado vincular que constituye la familia se organiza a partir de lugares y funciones. Los lugares tienen que ver con los distintos tipos de vínculos que conforman la familia, (simétricos, asimétricos) y las funciones -que se esperan y es deseable que ejerza la familia- son las de sostén y amparo y, por otro lado, de discriminación, corte y trasmisión de la ley. Explican que estas funciones son operatorias y necesarias para la constitución y construcción de la organización psíquica de los sujetos; refieren que han de estar encarnadas por personas reales con índice de realidad para el hijo, que provienen del conjunto familiar pero que luego son ampliadas por otras redes de vínculos extrafamiliares.

Luego, la red se va ampliando y vamos habitando otros vínculos, otros espacios. Los grupos secundarios aportan nuevas modalidades vinculares, posibilidades identificatorias y mantienen el apuntalamiento del psiquismo. Cuando falta o falla un apoyo, se produce una perturbación en la constitución del sujeto.

Los acompañantes que logran establecer un vínculo con índice de realidad para el otro, comprometido y en abstinencia, pueden ser parte de esa red ampliada, brindarse como apoyaturas, brindando nuevas modalidades vinculares.

En su gran mayoría, los abordajes que requieren de acompañamiento terapéutico son complejos. Susana Kuras y Silvia Resnizky afirman que los abordajes clásicos no son suficientes, se trata de pacientes severamente perturbados, de familias disfuncionales, estalladas, con roles confusos, donde las funciones mencionadas anteriormente no son ejercidas y los apuntalamientos fallidos son habitualmente las circunstancias del entorno del sujeto a acompañar.

La escena del AT en estos casos es un escenario complejo en cual se manifiestan una gran cantidad de circunstancias, emociones y dificultades de gran intensidad. Los acompañantes, al ingresar, ya sea para trabajar con la familia en conjunto o con un sujeto, se encuentran frecuentemente ante situaciones de rechazo, resistencia y obstáculo a la tarea. La misma familia que pide y acepta la intervención del acompañante puede luego mostrarse resistente y expulsiva. Frente a esta tensión, los acompañantes sienten que deben actuar y muchas veces tomar decisiones siendo soporte de transferencias.

Advertidos por nuestra formación, sabemos que debemos tomar un tiempo, hacer pausas, ir despacio para recorrer ese mundo real, representacional y vincular del otro a quien acompañamos. Debemos cartografiar la realidad que encontramos antes de intervenir, darnos el tiempo para entender la dinámica de roles que se despliegan en esa realidad, el entramado vincular. No sólo tomarnos ese tiempo sin tiempo lógico que implica el encuentro con el otro, sino con todo ese mundo que habita. El acompañante tiene el privilegio y la dificultad de entrar en esa trama vincular; puede sentir en carne propia, experimentar desde la vivencia los lugares en los cuales se ubican los pacientes.

Por cartografiar imagino hacer un esquema donde uno va ubicando los roles que ocupa cada uno, los lugares en los que cada sujeto son ubicados, los temas que se hablan, los que se callan, los mitos familiares, las creencias familiares, los mandatos, las exclusiones; en fin, la

función que cada uno tiene en esa familia. Detectar los tipos de vínculos que se generan en la trama parental, filial, cómo se conjuga lo fraterno, también si se cumplen y de qué manera las funciones.

Todo esto significa la realización de un mapa que nos permita pensar la red vincular que conforma la cotidianidad de los sujetos con los que trabajamos, en la cual tendremos que incluir otros actores por fuera de la familia que forman parte de esa red, como pueden ser un docente, un amigo, una niñera; otros que son incluidos por el dispositivo del AT dada su presencia subjetivante.

A medida que el at puede hacer un análisis de la demanda y tener un panorama de la dinámica familiar, ocupará diferentes lugares en el tramo de la red familiar con el fin de favorecer el ejercicio de las funciones que intervengan en el proceso de subjetivación. Es frecuente observar como los at cumplen funciones que tienen que ver con sostén, contención, separación, corte, ingreso simbólico al orden de la cultura y también cómo a lo largo de los tratamientos pueden ir modificando su lugar para realizar diferentes intervenciones.

Los acompañantes muchas veces realizan estas intervenciones sin darse cuenta. Es después, en supervisiones o en las relecturas de los casos, al salir de la mirada exclusiva a uno de los miembros, que pueden ver el conjunto y lograr dimensionar qué lugar ocuparon en distintos momentos en la trama familiar.

Recuerdo una situación en la que es pedido un acompañante para trabajar con un paciente joven que vivía solo con la madre: la idea era realizar una actividad fuera de la casa y descomprimir el vínculo con su mamá que se sentía muy cansada. Eligieron junto con el acompañante que la actividad fuera natación. El joven estaba contento aunque un poco atemorizado por todo lo que implicaba. El segundo día, al llegar el at, la madre le dice que no irían porque X estaba resfriado, por lo que hicieron una actividad en la casa. Al siguiente encuentro, X no podría porque la madre había sacado justo un turno en el médico. Y así se sucedían los encuentros y se acercaba la fecha de vencimiento del carnet de la pileta cubierta. El acompañante sentía impotencia y furia por momentos.

El trabajo en supervisión nos llevó a pensar que si centrábamos la estrategia solo en X no avanzábamos, que teníamos que abordar al vínculo. Si pudiéramos observar el conjunto vincular, no quedaríamos atrapados a la mirada sesgada de ver la trama desde un sólo punto vista, sentir enojo hacia esta madre que está obstaculizando nuestra tarea, por ejemplo. El at fue convocado porque este vínculo de X con su mamá no facilitaba la separación; si bien la madre quería tomar distancia, no podía.

El circular del at por los distintos espacios, la casa, la calle, la terapia, el afuera, el adentro, la tristeza, la alegría, el encuentro con otros, permite una visión diferente del sujeto, lo que devuelve una mirada unificada. Mirada que difiere de la que puede tener el terapeuta en el consultorio, la familia en la casa, los amigos, los pares. Así, el at aporta una mirada que integra, una presencia que devela, que confronta, desnaturaliza. Este circular por los distintos espacios del dispositivo de acompañamiento es lo que permite sostener cierta distancia necesaria para favorecer la eficacia terapéutica.

La riqueza del dispositivo acompañamiento terapéutico permite el abordaje ampliado no sólo del sujeto sino del conjunto, en una amplia variedad de estrategias e intervenciones posibles. Esto posibilita resultados que se sostengan en el tiempo. Permite trabajar con la familia y no en contra de la familia y pensar al sujeto como una parte de ese todo. Un todo que incluye.

Bibliografía

Abelleira H, Delucca A 2004 *Clínica forense en familias historización de una práctica*. Ed Lugar cap. III Acerca de la familia

Agamben G 2005 qué es un dispositivo? Conferencia UNLP. Recuperada de <http://libertaddepalabra.tripod.com/id.html>

Dozza De Mendoza L 2014 *Acompañamiento Terapéutico y clínica de lo Cotidiano*. Ed Letra Viva .

Frank M.L. 2013 *Revista de Acompanhamento Terapeutico N°3 – 2ºsemestre Dobro universitario San Pablo* Algunas reflexiones sobre la Familia y el Acompañamiento Terapéutico

Frank ML 2015 en Revista de Acompanhamento Terapêutico ATRAVESSAR N^o5 1^aSemestre dobro universitario Portal editora San Pablo Brasil ISSN 2316-7092“Acompañamiento Terapéutico y Vida Cotidiana”

Kordon D Edelman L 2014 A manera de introducción a la teoría y la práctica de los grupos. Recuperada de <http://procesogrupal.overblog.com/2014/05/amanera-de-introduccion-a-la-teoria-y-practica-de-los-grupos-l-edelman-d-kordon.html>

Kuras De Mauer S Resnizky S 2011 *El acompañamiento como dispositivo. Ed Letra viva*

Kuras S Resnizky S *Territorios del acompañamiento Terapéutico. Ed Letra Viva 2005*

Marinho D, *Textos Texturas e Tessituras no acompanhamento Terapeutico. Editora Hucitec San Pablo 2006* cap. De las tramas familiares a la encarnación del águila.

Quiroga A (2012) Psicología social y crítica de la vida cotidiana. Introducción a la segunda edición. En Psicología de la vida cotidiana. Pichón Riviere & Quiroga A. buenos aires: Ed Nueva Visión

Texeira,A. Dename D, De Cássia Balduino R *Equipe de Acompanhantes Terapéuticos do Hospital Dia A CASA (Org.)*, “*A rua como espaço clínico*”, São Paulo, Escuta, 1991. El a t desde una perspectiva humanista de las relaciones familiares

¿Por qué no caminar juntos? *La fuerza del acompañamiento entre AT y psicoanalista*

MÓNICA SANTOLALLA¹

I-

¿Hay testimonio para la locura? ¿Quién puede testimoniar? se preguntaba el filósofo Jacques Derrida en su texto “Ser justo con Freud”².

El testimonio, como discurso, es un género literario, método de narración literaria en el cual se persigue una información verificada, o que intenta ser verificada de la historia, mediante entrevistas a personajes reales para basarse en hechos verídicos, que nunca pueden ser verificables completamente.

Este género guarda una estrecha relación con el periodismo, de hecho, es un género híbrido, que resulta de la mezcla de estilos literarios que ha tenido lugar en la segunda década del siglo XX.

Diana Sperling, parafraseando a Wiesel, señala que: “Así como los griegos crearon la tragedia, los romanos la epístola, el renacimiento el soneto, la modernidad ha creado el testimonio”³.

Testimonio, agregaría, que no está exento de *costuras* en sus intertextos, costuras que en su im-prolijidad, en los huecos de la trama, se filtra la inconsciencia e inconsistencia del narrador.

He optado por este camino, el del testimonio, para nombrar la perspectiva desde la cual voy a narrar una larga experiencia clíni-

¹ Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba. santolallamonica@gmail.com
correo: santolallamonica@gmail.com correo: santolallamonica@gmail.com

² Derrida, Jacques: Resistencias del Psicoanálisis. Pág. 107. En este texto Derrida intenta ser justo-hospitalario con Freud, pero también con Foucault.

³ Sperling, Diana: 1er. Simposio Internacional “Crímenes de lesa humanidad y Holocausto: historia, memoria, verdad y justicia. Una mirada desde América Latina”

ca, de más de ocho años, en la cual no me privaré de hacer algunas consideraciones conceptuales que fueron apareciendo a medida que comencé la escritura de este testimonio.

Va una primera observación, que tiene relación con el título de este trabajo: ¿Por qué no caminar juntos?

Expresamente no hablo de integración, como seguramente lo hubiera hecho hace algunos años. Pese a mi fuerte formación kleiniana, cuyo ideario de salud mental es la integración, las lecturas de Nietzsche, Blanchot, Barthes, Lacan, Benjamín, quebraron mis viejos ideales integracionistas.

Hoy pienso que la alteridad es radical, el otro es radicalmente diferente, y en todo caso, o mejor dicho, en el mejor de los casos “hospedamos” la diversidad, la diferencia, lo otro.

Considero, siguiendo a Blanchot y a Deleuze (y ellos a Nietzsche) que la realidad es fragmentaria y se yuxtapone, con algunos momentos de encastre, más ilusorios que simbólicos.

Caminar juntos... parodia aquel curso que Roland Barthes dictó en el Collège de France, que llamó “Cómo vivir juntos”.

Un Vivir juntos que no es sinónimo de integración imaginaria, sino de un fuerte trabajo de pensar acerca de cómo se crean los espacios múltiples donde sea posible habitarlo **con** otros.

Ese lugar, hecho de materia difusa, de contornos irregulares, tramada de elemento, escenas y acontecimientos heterogéneos, desplegadas en un gran espacio donde se encarna y se dramatiza cual un teatro, es el lugar que creamos entre un niño, sus padres, una escuela, una at, un maestro particular y yo, en tanto psicoanalista.

Trama tejida por la fuerza circulante, pasional del deseo que acompañaba.

El acompañamiento no integra, antes bien, crea, es performativo de nuevos lazos.

II -

Conozco a Juan un diciembre. Lo traen sus padres pues las dificultades en el jardín –agravadas durante el primer grado- eran ostensibles, y la escuela había presionado para que algún cambio se operara.

Juan no quería permanecer en el aula, síntoma en todo caso menor, en el ramillete sintomático que este niño de 6 años presentaba.

No dormía, tenía alucinaciones visuales, con un exquisito lenguaje, hablaba de cosas incomprensibles para el resto de los humanos.

Le costaba muchísimo establecer alguna clase de vínculo, ya que estaba asediado por fuertes ansiedades paranoides, que lo llevaban a sospechar de todo y de todos.

Fue, en sus primeros años de vida, donde se iniciaron los trastornos del sueño, vinculados al desencuentro, a la no contención, al fracaso en la armonización con la función materna, conjugado con una difusa y errática función paterna.

No había contención dentro de su mente, había soledad y la soledad era vivida como persecución, no había quién defendiera. La soledad no era soledad, era ataque.

Juan no estaba despierto, pero tampoco dormía.

Se desesperaba por asistir a una escuela, pero paradojalmente no soportaba permanecer en ella. En general se escapaba del aula, en los comienzos del tratamiento. No fue medicado. Decidí armar, en acuerdo con los padres y la escuela un dispositivo, donde yo misma me incluía, además de un acompañante terapéutico y un maestro particularizado.

Juan ya confiaba en su espacio analítico y, desde allí, al amparo de la transferencia, le fui presentando a cada uno de los integrantes del dispositivo.

Si bien las fuertes ansiedades paranoides, hicieron que Juan presentara resistencias, la maleabilidad de concebir este dispositivo, no solo a la manera foucaulteana de la positividad, sino incluyendo el concepto de Agamben como dispositivo benevolente, hizo que pudiéramos sostener este espacio de una manera mucho más creativa y abierta.

Postulo, y creo que este es un plato fuerte a debatir con ustedes, que estos espacios entre niños, padres, at, escuela, terapeutas **“no son solo espacios de coordinación entre actores que ya están constituidos, sino más bien son como la fábrica misma de los actores y el lugar donde se ponen a prueba sus cualidades”**.

A medida que narraba en forma evacuativa, sin comas ni puntos aparte, los contenidos terroríficos de las alucinaciones con la analista, comenzaron los intentos por maniobrar sus acciones cotidianas, en compañía de la at, despuntando así, nuevos movimientos subjetivos.

Él empieza a caer en la cuenta de que existe un intercambio, un encuentro con un otro que lo hospeda, en el sentido derrideano de la hospitalidad.

Esa hospitalidad estaba apuntalada en un fuerte trabajo de reflexión entre los componentes del dispositivo de equipo. Volveré a este punto más adelante.

La experiencia de sentirse hospedado en sesión, en la escuela, con su acompañante terapéutica, va trazando en Juan constructivamente un puente, un pasaje, que permite el comienzo de una experiencia distinta.

Esta es una de las razones por las que tenía que recurrir en muchos momentos a la analista, a la at o al maestro.

Juan necesitaba un testigo, un secretario, compañero de ruta, alguien que tome nota del giro que le estaba aconteciendo, que marque ese otro, ausente en la alucinación, que él descubre, está tomando la curva a su lado.

Este niño empieza a construir historias con sus sueños, narraciones donde ir poniendo los personajes sueltos y persecutorios que tiene en la mente.

La escucha del maestro, la at y la analista eran diferentes, pero armoniosas, y construían juntos un ritmo.

Había momentos donde el narrador que habitaba en él (los aspectos más neuróticos) eran puesto a prueba más allá de sus posibilidades: temía con mucha angustia la oscuridad, dormirse y no despertar, temía encontrarse con aquello que está detrás de la luz. O con el vacío.

No era el develamiento de una verdad totalizante, y por lo tanto tranquilizadora para descifrar, sino desarrollo de ese otro extranjero que nos habita, de ese extranjero en nosotros mismos como se titula un libro de Julia Kristeva⁴ y que tanto commueve y asusta.

⁴ Kristeva, Julia: *Extranjeros para nosotros mismos*. Pág. 63

El sueño es una de las experiencias más sublimes de la extranjería. Extranjero que aparece cuando surge la conciencia de la diferencia, de la alteridad.

III –

¿Por qué no caminar juntos at y analistas?

En tiempos de debate sobre el DSM V, la patologización y la consiguiente medicalización de la infancia, la apuesta en la etiología genética para el espectro autista, la proscripción en algunos países a los psicoanalistas para atender patologías del espectro autista, el rebajamiento de la mayoría de edad penal en los jóvenes sin tener en cuenta los efectos que producen las drogas y la pobreza, resulta un imperativo ético renovar la convocatoria que esta pregunta inicial conlleva. Nos une la posición humanista.

Como les decía, me alejo de las ideas *foucaulteana* del dispositivo con connotaciones normativas, sobre determinadas; me acerco más bien a la idea de indeterminación de los dispositivos de Deleuze y Agamben, que se apoya en una ganancia de mayor margen de libertad para los actores.

De hecho, estas conceptualizaciones son en el a-posteriori de lo que fuimos armando.

En mi experiencia, los acompañamientos terapéuticos son gestores de nuevas trazas de subjetivación. Pienso sin embargo que si concebimos que el sujeto (ya sea niño o adulto) es por estructura un sujeto dividido, que no todo es conciencia, que hay un inconciente que nos habita, es necesario diferenciar actores y funciones. Y nuevamente vuelve un apelativo a la ética. Ya nadie puede creer, de manera seria, que un *uno*, como decía Blanchot (sea analista, escuela o at) resuelve per-se, la complejidad de la clínica a la que estamos enfrentados.

Los paradigmas culturales nos embretan; el sistema capitalista con su lógica de mercado nos ofrece soluciones mágicas y rápidas; nosotros mismos estamos atravesados por estas coordenadas.

Vuelve entonces la pregunta: ¿Por qué no caminar juntos?
La fuerza está en nuestra posición humanista frente al dolor.

El poder de los medicamentos del espíritu es el síntoma de una modernidad que tiende a abolir en el hombre no sólo su deseo de libertad, sino también la idea misma de enfrentar la adversidad. El silencio entonces es preferible al lenguaje, fuente de angustia y de vergüenza⁵.

At y terapeutas, de la corriente que seamos, no podemos perdonar la oportunidad de poner visagras subjetivantes.

Caminemos juntos.

Bibliografía

Agamben, Giorgio (2007) Infancia e Historia. Buenos Aires. Adriana Hidalgo Editora.

Agamben, Giorgio (2005) Profanaciones. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

Agamben, Giorgio (2005) El Hombre sin Contenido. Barcelona: Áltera.

Barthes, Roland (2008) Fragmentos de un discurso amoroso. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

Barthes, Roland (2009) Lo obvio y lo obtuso, Imágenes, gestos y voces. Barcelona: Paidós.

Benjamín, Walter (2011) Denkbilder, Epifanías en viajes. Buenos Aires: El cuenco de plata.

Benjamín, Walter (2011) “Juguetes y Juegos”. En: Papeles Escogidos. Buenos Aires: Imago Mundi.

Benjamín, Walter (2005) Libro de los Pasajes. Madrid: Akal.

Benjamín, Walter (2008) El Narrador. Santiago de Chile: Metales pesados.

Bion, Wilfred(1995) Memorias del Futuro. Madrid: Julian Yebenes S. A.

Bion, Wilfred (2001) Transformaciones. Valencia: Promolibro.

Blanchot, Maurice (2005) El libro por venir. Madrid: Trotta.

Derrida, Jacques(2005) Estados de ánimo del psicoanálisis: lo imposible más allá de la soberana crueldad. Buenos Aires: Paidós.

Derrida, Jacques (2012) La escritura y la diferencia. Madrid: Anthropos.

⁵ Elizabeth Roudinesco: ¿Por qué el psicoanálisis? Pág. 23

Derrida, Jacques (2005) Resistencias del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Derrida, Jacques - Roudinesco, Elisabeth (2009) Y mañana, qué.... Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Dragotto, Pablo, Frank María L (2012) Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en AT: Ed. Brujas.

Dufour, Danny-Robert (2007) El arte de reducir cabezas. Buenos Aires: Paidós.

Ferro, Antonino (2002) El Psicoanálisis como literatura y terapia. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.

Foucault, Michel (2008) Las palabras y las cosas. México: Siglo XXI.

Freud, Sigmund (1981) Obras Completas. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Kristeva, Julia (1991) Extranjeros para nosotros mismos. Barcelona: Plaza y Janes.

Kristeva, Julia (2006) El genio femenino 2. Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, Jacques (1984) Seminario 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Rodulfo, Ricardo (2013) Andamios del Psicoanálisis. Lenguaje vivo y lenguaje muerto en las teorías psicoanalíticas. Buenos Aires: Paidós.

Roudinesco, Elizabeth (1998) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Roudinesco, Elizabeth (2007) ¿Por qué el Psicoanálisis? Buenos Aires: Paidós.

Sperling, Diana (2013) Primer Simposio Internacional “Crímenes de lesa humanidad y Holocausto: historia, memoria, verdad y justicia. Una mirada desde América Latina”. UNSL.

Thomas, Marie-Claude (2008) Lacan, lector de Melanie Klein, consecuencias para el “Psicoanálisis de Niños”. Buenos Aires: Editorial Psicoanalítica de la letra.

Viñar, Marcelo (1998) “El reconocimiento del prójimo (Notas para pensar el odio al extranjero)”. En: ¿Semejante o enemigo? Entre la tolerancia y la exclusión. Montevideo: Trilce, págs. 93-103.

Winnicott, Donald (2005) La Naturaleza Humana. Buenos Aires: Paidós.

Yerushalmi, Yosef (1989) “Reflexiones sobre el olvido”. En: Usos del olvido. Buenos Aires: Nueva Visión.

Hacer lugar¹

DOLORES HERNÁNDEZ²

“Abre bien los ojos, mira.”

Julio Verne, *Miguel Strogoff*

Cuando desde el AT tratamos de abordar la hechura de lo cotidiano, solemos cruzar por la palabra arquitectura como a través de un puente hacia el intento de aprehender lo cotidiano desde el dispositivo clínico. El arquitecto noruego Norberg-Schulz dice de un puente: *“El puente es un camino particularmente expresivo. Uniendo dos regiones y contenido dos direcciones, usualmente representa un fuerte estado de equilibrio dinámico.”*³ Cuantas veces en el AT recurrimos también a la imagen de un puente para hablar de ese espacio “entre”, ese lugar que es punto de encuentro con un otro diferente y, a la vez, movimiento, desplazamiento, ir y venir. Este trabajo se propone cruzar por la arquitectura hacia el encuentro de posibles construcciones propias del AT.

Algunas tendencias de la arquitectura contemporánea sostienen que las soluciones arquitectónicas, mucho más allá de dar respuesta a problemas funcionales, pueden ofrecer otra mirada que involucre la vivencia, la experiencia y la percepción integral del espacio. En este sentido, se dice que un arquitecto puede *intervenir creando atmósferas*, es decir, entornos que recuperen la memoria de una cierta vivencia y faci-

¹ Texto modificado para la presente edición que fue presentado en mesa de trabajos libres en el Congreso Internacional de AT 2015, Córdoba, Argentina.

² Traductora. Acompañante Terapéutica, Fundación Sistere. Maestranda en Administración pública (Mención Políticas Públicas), Universidad Nacional de Córdoba. Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico (Universidad Católica de Córdoba). adolores.hernandez@gmail.com

³ Norberg-Schulz, Christian. (1975) Existencia, Espacio y Arquitectura. Cap. 2. Barcelona: Blume

litén la experiencia de los sentidos haciendo posibles nuevas vivencias. Un ejemplo de esto es el trabajo de un equipo de arquitectos que diseñaron y construyeron una granja educativa en las sierras cordobesas. Al hacerlo, intervinieron el paisaje natural de manera que los aromas y los sonidos, el perfume del pan recién hecho o el sonido del agua jueguen un rol activo en la percepción integral del espacio, en un diálogo con el paisaje. Retomaremos esta idea más adelante.

De acuerdo con estas corrientes de la arquitectura, el espacio es comprendido desde su percepción integral, es decir que el espacio va más allá de lo visual y verificable, hacia la exploración del mundo percibido y vivido. No hay espacio homogéneo; hay espacio heterogéneo. Dice Merleau-Ponty: *“Tanto en psicología como en geometría, la idea de un espacio homogéneo ofrecido por completo a una inteligencia incorpórea es reemplazada por la de un espacio heterogéneo, con direcciones privilegiadas, que se encuentran en relación con nuestras particularidades corporales y nuestra situación de seres arrojados al mundo”*⁴ La percepción del espacio está mediada por el cuerpo físico y psíquico, como lugar a través del cual accedemos al mundo exterior y vivimos el espacio.

Un concepto que podemos tomar aquí es el de espacio existencial que desarrolla Norberg-Schulz⁵, quien traduce elementos de la psicología de la percepción, de la fenomenología de Heidegger, del existencialismo, de la psicología y de otras corrientes teóricas, a la arquitectura. Un arquitecto al configurar el espacio incide en un ámbito de la existencia humana. Distingue espacio, de espacio arquitectónico y de espacio existencial. Espacio existencial es para él un sistema de esquemas perceptivos o imágenes del ambiente a nuestro alrededor que almacenamos en la memoria durante nuestra vida a partir de la interacción con el espacio en el que vivimos. Se trata de estructuras elementales algunas y otras condicionadas socialmente que el espacio arquitectónico concretiza. Son niveles del espacio existencial lo urbano

⁴ Merleau-Ponty, Maurice. (1948) El mundo percibido: el espacio. Pág. 4. Recuperado en: <http://www.morfologiawainhaus.com/pdf/Merleau-Ponty.pdf>

⁵ Norberg-Schulz, Christian. (1975) Existencia, Espacio y Arquitectura. Cap. 2. Barcelona: Blume.

de una ciudad con sus calles, sus barrios, sus nodos; una casa con sus habitaciones; los objetos dentro de esa casa. El espacio existencial hace posible la adquisición de sentido de identidad y pertenencia a una sociedad y a una cultura.

La clínica del AT sucede en el espacio cotidiano y, al igual que un camino que se transita, la clínica de lo cotidiano⁶ nos pone en tensión entre lo conocido y lo desconocido, lo semejante y lo ajeno. Lo cotidiano nos atraviesa como sujetos. En el espacio cotidiano, tanto el acompañante como su acompañado están involucrados en un espacio existencial. Desde la perspectiva de la psicología social, Ana Quiroga define la vida cotidiana como “*el espacio y el tiempo en el que se manifiestan de forma inmediata y directa las relaciones que los hombres guardan entre sí y con la naturaleza en función de sus necesidades, configurándose sus condiciones concretas de existencia.*”⁷ El trabajo, la familia, el tiempo libre son áreas de la vida cotidiana y producen subjetividad en tanto los procesos psíquicos están incididos por condiciones concretas de existencia. Según este punto de vista, se entiende al sujeto como un ser con necesidades que se satisfacen socialmente, que es configurado en una red de relaciones vinculares (en condiciones concretas de existencia) y está situado históricamente. Es de lo cotidiano que el AT tomará los recursos para trabajar con el vínculo.

El espacio clínico de AT está hecho de múltiples espacios: hay espacio psíquico, espacio existencial, espacio de la ciudad, espacio vincular, espacio institucional, espacio transferencial, espacio transicional, espacio social, espacio público, entre otros posibles de ser conceptualizados. Un acompañante y su acompañado transitan esos espacios; recorren distancias; toman una dirección u otra; llegan a un cruce de caminos y escogen uno; deciden continuar por otro; se dan con una encrucijada; regresan al punto de partida; vuelven a partir; hacen centro. Transitar el espacio clínico de lo cotidiano requiere de orientación y

⁶ Dozza de Mendonça, Leonel. (2015) Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano. Buenos Aires: Letra Viva.

⁷ Quiroga, Ana; Racedo, Josefina (2003) Crítica de la vida cotidiana. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

para un at es preciso ser buen investigador y conocedor de lo cotidiano, así como cada vez mejor lector en y de la multiplicidad de espacios que lo componen. ¿Cómo vivencian el espacio nuestros acompañados? Con esas coordenadas, es posible dibujar un mapa de ese cotidiano singular e irrepetible: un cruce particular entre espacio-tiempo y cuerpo.

Dijimos al principio de este trabajo acerca de la experiencia del equipo de arquitectos en la granja educativa que tomamos como ejemplo, donde intervinieron (el espacio natural) “creando atmósferas” que recuperasen la memoria de ciertas vivencias en relación con los sentidos para facilitar otras. El at podría pensarse también como *un creador de atmósferas*. Las atmósferas podrían entenderse como el resultado de una o varias intervenciones: *ese efecto que hace (construye) lugar*; que se dirige hacia nuestro acompañado, su entorno físico o vincular; que aguarda un movimiento; que posibilita algo de la subjetividad. Hacer lugar también se podría leerse como vaciar para liberar el espacio; hacer lugar a otra cosa.

Para la arquitectura espacio y lugar son distintos. Para Norberg-Schulz, el espacio es “*un sistema de lugares*”. Dice: “*Los lugares son metas o focos donde experimentamos los acontecimientos más significativos de nuestra existencia, pero también son puntos de partida desde los cuales nos orientamos y nos apoderamos del ambiente circundante.*”⁸ Entonces, los espacios por los que transitamos a diario están compuestos por lugares que pueden tener la forma de las construcciones que vemos a nuestro paso. La arquitectura puede construir para dar soluciones funcionales, pero también puede intervenir el espacio para *hacer lugares*: dotar a una ciudad y sus habitantes de *metas o focos* para la vivencia y *puntos de partida* para la subjetividad. Una casa, una plaza, un bar, un cine, una sala de hospital *son lugares* por donde transita el at y su acompañado. Cuando el at interviene en lo cotidiano, lo hace en el espacio vincular como parte de una estrategia clínica. Una intervención *hace (construye) lugar* (meta, foco, punto de partida) cuando genera espacios (vinculares) para la subjetividad. Para *hacer lugares*, el at, a la manera de un arquitecto, deja señales, marca territorios, hace sus cálculos, mide y *crea atmósferas* para que pueda suceder lo nuevo no amenazante del encuentro significativo que transforma.

⁸ Norberg-Schulz, Christian. (1975) Existencia, Espacio y Arquitectura. Barcelona: Blume.

Bibliografía

Dozza de Mendonça, L. (2015). Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano. Buenos Aires: Letra Viva.

Quiroga, A.; Racedo, J. (2003). Crítica de la vida cotidiana. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Merleau-Ponty, M. (1948). El mundo percibido: el espacio. Pág. 4. Recuperado en: <http://www.morfologiawainhaus.com/pdf/Merleau-Ponty.pdf>

Norberg-Schulz, C. (1975). Existencia, Espacio y Arquitectura. Cap. 2. Barcelona: Blume.

Capítulo 2

Clínica / Sujeto y Subjetividad

*y veo allí cuando bajo
tanta gente en silencio
cada uno con su ovillo
desovillando
cuidadosamente
en silencio hacia adentro
y “me siento mal” dijo uno de pronto
y era un paciente de paciencia de años
hace años*

Leónidas Lamborghini, *Diez escenas del paciente*.

Acompañamiento Terapéutico Un espacio vincular

SUSANA KURAS MAUER¹

Recuerdo de la lectura de un par de autobiografías, entre ellas la de Jean Piaget y la del propio Sigmund Freud, relatar cuánto ellos se habían sorprendido al advertir que las ideas del comienzo, de la juventud, entre ostentosas y disparatadas habrían retornao con fuerza en momentos avanzados y maduros de sus vidas profesionales.

A su vez M. Foucault en una entrevista tardía, se refiere a su obra como un “fragmento de autobiografía”. Realizar una autobiografía, no implicaría entonces tanto llevar a cabo un ejercicio de introspección, sino, por el contrario, mirar hacia afuera, analizar los alrededores, las instituciones, sus discursos... intentar lo que Foucault llamó una “ontología crítica de nosotros mismos”...

Quizás hoy, me llegó el momento de hacerlo en primera persona, con la implicación subjetiva que siempre tuvimos con el acompañamiento.

Después de haber recorrido un largo camino de mi vida laboral advierto que aquellas cosas que en los años '70 me parecían poco profesionales, pasibles de ser catalogadas de inconsistentes y poco serias en el Acompañamiento Terapéutico, han pasado a ser hoy dos de los aspectos más valiosos de nuestra práctica clínica. Me refiero a la fuerza del vínculo en la cura y al trabajo con Dispositivos clínicos de abordaje múltiple.

Tuvimos la suerte - y también lo padecimos -, de habernos iniciado sin libreto, sin conceptos ni referentes, sin territorio y por lo tanto sin fronteras.

¹ Licenciada en Psicología (UBA). Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional y de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Docente. susimauer@gmail.com

Por lo tanto cuando éramos convocados a acompañar, teníamos que inventarlo todo. En el encuentro con el paciente, el at auscultaba, tanteaba, exploraba y en el vínculo se gestaba el guión.

En esos vínculos nos hicimos acompañantes. Aquello que nos sostuvo, con pudor de nuestra parte y mucha resistencia -de parte del entorno psi-, hoy lo jerarquizamos- nosotras al menos- como pilares de nuestra práctica clínica: La potencialidad terapéutica del vínculo en el proceso del tratamiento y el “trabajo con otros” en Dispositivos múltiples de abordaje. Ese “espacio entre” otorgó, desde el comienzo, sentido a la experiencia.

En la década del ’70, nos faltaban referentes, conceptos, supervisores, consistencia, pero había en aquel entonces un acercamiento entusiasta, tan intuitivo como implicado subjetivamente. Esa apuesta a invertir apasionadamente aquello que creíamos funcional al tratamiento de nuestros pacientes, nos marcó y dejó huellas que hoy a la distancia, nos gustaría rescatar como espíritu. Incluir un paciente en nuestra celebración familiar del año nuevo, haber convivido algunos meses con un paciente en nuestra casa, correr largas cuadras a un adolescente intentando escaparse de nosotros, son algunas de las aventuras asistenciales con las que fuimos construyendo estas herramientas terapéuticas. Una disposición activa, comprometida y esperanzada que valdría la pena no perder.

Patrullas, equipos, grupos de trabajo en Salud Mental que buscaban optimizar los abordajes clásicos y proponían una ruptura con el confinamiento del paciente, con una medicalización deshumanizante. Así fue como empezamos a pensar en cuáles eran las funciones que se ejercían en este trabajo vincular con el paciente y la palabra “rol” hizo durante una larga década de eje alrededor del cual el acompañamiento se hizo lugar. Hoy diríamos se trata de Dispositivos vinculares, que se van construyendo en inmanencia.

El encandilamiento propio del primerizo nos hizo omnipotentes y épicos pero también nos ligó fuertemente a este desafío clínico.

Los encuadres, la institucionalización, la agremiación han aportado, jerarquizado y ordenado el ejercicio del acompañamiento tera-

péutico. Empezó allí un segundo movimiento de territorialización del Acompañamiento Terapéutico donde se ampliaron alcances, se marcaron bordes, se visualizaron fronteras. Allí se hizo evidente que las fronteras son el espacio habitado por excelencia por el AT.

Distintos polos, países, regiones y provincias se entrelazaron. El interior del país tuvo una receptividad y una sensibilidad especialmente permeable en este dominio.

Quisiera focalizar algunos conceptos que vertebraron nuestra propia trayectoria en relación al Acompañamiento terapéutico.

1) **Un enfoque psicodinámico** fue el marco teórico para pensar el desequilibrio psíquico. La reclusión, la medicalización amordazante, las etiquetas diagnósticas alienantes, necesitaron de fuertes denuncias y corrientes comprometidas en desmanicomializar a sus enfermos para ayudarlos a encontrar nuevamente el sentido de vivir en sociedad.

Pensamos pues para el abordaje en salud mental en modelos abiertos a lo heterogéneo y cambiante, en libertad, no en el encierro. Refiriéndose a “los casos difíciles que ponen a prueba al profesional, -dice A. Green- que tratamos de ser políglotas, pero nuestras fuerzas son limitadas”. Para comprender sus dialectos es necesario hablar varios idiomas. Dispositivos clínicos de múltiple abordaje, son propuestas clínicas que se ofrecen buscando integrar los diversos lugares en un cuerpo de equipo. Nuestras limitadas fuerzas nos impulsaron en 1971 a trabajar en esta dirección, en un equipo especializado en las denominadas terapias de abordaje múltiple.

2) **El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo**

Así como en los comienzos enfatizamos el rol del AT y su eficacia clínica, hoy pensamos el acompañamiento en términos de Dispositivo. El término “dispositivo”, tomado del pensamiento de Michel Foucault, parece referir al entramado de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y de conseguir un efecto. De este concepto, nos interesó rescatar tres aspectos consustanciales con esta profesión: la naturaleza estratégica del dispositivo, su

heterogeneidad y su funcionamiento en red. El concepto de dispositivo ha permitido redimensionar el acompañamiento en tanto hoy es mucho más que una herramienta terapéutica. Se trata de un proyecto de conceptualización que, apoyado en las categorías fundamentales del psicoanálisis, ha ido conquistando nuevos territorios y campos de aplicación. Se trata también de un posicionamiento ético frente a la enfermedad y su implementación se teje con enunciados, discursos e instituciones que la regulan.

3) El equipo terapéutico como un espacio que aloja.

Transferencias múltiples que se entrecruzan en dispositivos clínicos conjuntos. En principio la diversidad de texturas transferenciales dan cuenta de diferentes corrientes de la vida psíquica del paciente. La construcción, el despliegue y la disolución del vínculo transferencial operan con diferencias sustanciales en cada vínculo. En los abordajes múltiples hay un descentramiento de la transferencia que en algunos casos se expresa en forma disociada, o en otros se desglosa, diversificándose con variaciones sutiles entre los distintos profesionales que asisten a un mismo paciente. En general con los at se gestan modalidades transferenciales fusionales o persecutorias. Pero más allá de las vicisitudes transferenciales, cabe resaltar que el acompañamiento es esencialmente un espacio vincular.

4) Fraternizar la escucha

Así como en el espacio analítico suelen reeditarse vínculos parentofiliales, en la interacción con los at se escenifican predominantemente lazos fraternales. Hablamos de fraternización de la escucha para aludir justamente a esta proximidad que se produce en el vínculo con los Ats. La pérdida total de distancia en la transferencia no solamente tiene connotación resistencial, sino que debe **además** ser cuidadosamente supervisada para no caer en contra actuaciones por parte del AT. En una oportunidad propuse a colegas de Córdoba la creación de espacios de debate entre at que llamamos “mates clínicos”. Allí, en grupo, la idea era pensar en conjunto, en un colectivo fraterno, las dificultades

contratransferenciales que plantea la práctica clínica. Quisiéramos insistir en la necesidad de dar empuje a vínculos terapéuticos más ligados a la paridad, fraternos, más horizontales, como los que se entablan con el at. Creemos que el intercambio en horizontalidad produce modos de subjetivación suplementarios indispensables para la mejoría de los pacientes.

No voy a referirme ni a la metapsicología del acompañamiento terapéutico, ni a la importancia de la formación, filiación y otras cuestiones esenciales para la vida profesional del AT. Insisto en que se trata de un posicionamiento ético frente a la enfermedad y su implementación se teje con enunciados, discursos e instituciones que la regulan. No hay en el acompañamiento sedentarismo posible porque trabajamos con pacientes en guerra casi permanente, atormentados, por momentos descarnadamente conscientes, aunque en otros, parecen vivir anestesiados. Más allá de las edades y más allá de las patologías, padecen un infierno cotidiano.

En *Las enseñanzas de Don Juan*, Castaneda, desde la ficción literaria, nos formula desafíos y nos señala obstáculos y enemigos que encontramos en los caminos del conocimiento. Hago nuestros estos desafíos y estos obstáculos con los que nos enfrentamos en el camino de construcción del Dispositivo de AT y agrego -como confesión personal- que cuando elegí citarlo, tomé conciencia de que el peso del tiempo pesa y me lleva también a reconocernos en retirada, cerrando algunos ciclos, con la gratitud de habernos visto crecer, trabajar y transmitir como legado la experiencia a otros que abrirán nuevos caminos.

Quiero compartir con ustedes este hermoso fragmento que condensa este momento autobiográfico luego de un largo recorrido:

“Convertirse en hombre de conocimiento —nos dice aquel maestro— es una tarea que no puede lograrse verdaderamente; más bien se trata de un proceso incesante [...] Cuando un hombre empieza a aprender, nunca sabe lo que va a encontrar. Su propósito es deficiente; su intención es vaga. Espera recompensas que nunca llegarán, pues no sabe nada de los trabajos que cuesta aprender. Pero uno aprende así, poquito a poquito al comienzo, luego más y más. Y sus pensamientos

se dan de topetazos y se hunden en la nada. Y así se comienza a tener miedo. El conocimiento no es nunca lo que uno espera. Cada paso del aprendizaje es un atolladero y el miedo que el hombre experimenta empieza a crecer sin misericordia... Y si el hombre, aterrado en su presencia echa a correr, jamás aprenderá. [...] Debe desafiar a su miedo y pese a él debe dar el siguiente paso en su aprendizaje, y el siguiente y el siguiente. Debe estar lleno de miedo, pero no detenerse. [...] Y llega un momento en que su primer enemigo se retira. El hombre empieza a sentirse seguro de sí. A cambio del miedo ha adquirido la claridad: una claridad de mente que borra el miedo. [...] Y así ha encontrado a su segundo enemigo. Esa claridad tan difícil de obtener dispersa el miedo, pero también ciega. Fuerza al hombre a no dudar nunca de sí porque todo lo ve con claridad. Y deberá hacer lo que hizo con el miedo: debe desafiar su claridad y usarla sólo para ver; debe pensar sobre todo que su claridad es casi un error. [...] Al ver claro y parejo todo cuanto hay a su alrededor tropieza con su tercer enemigo: el poder! El poder es el más fuerte de todos los enemigos. Él manda; empieza tomando riesgos calculados y termina haciendo reglas porque él es el amo [...] El hombre estará para entonces al fin de su travesía por el camino del conocimiento y casi sin advertencia tropezará con su último enemigo: la vejez. Este enemigo es el más cruel de todos porque es el único que no se puede vencer por completo. [...] Este es el tiempo en que un hombre ya no tiene miedos, ya no tiene claridad impaciente; un tiempo en que todo su poder está bajo control, pero también el tiempo en que siente un deseo constante de descansar. [...] Pero si el hombre se sacude el cansancio y vive su destino hasta el final, entonces – agrego yo- puede compartir con las nuevas generaciones el gusto y el orgullo de haber transitado y atravesado esos caminos sorteando algunos de sus obstáculos.”

Bibliografía

Foucault, M (2002) Foucault, M (2002)
Agamben G, Qu'est-ce qu'un dispositif?, trad. M. Rueff, Paris, Rivages, 2007
Badiou A. El ser y el acontecimiento. Manantial. Buenos Aires, 1999.

Bauman, Z.: *Vida de consumo*, Fondo de Cultura Económica, Bs. As., 2007.

Benjamin J. (1995) *Sujetos Iguales, objetos de amor*. Paidos Buenos Aires. 2006

Castaneda Carlos, *Las enseñanzas de Don Juan*, Fondo Cultura Económica. Buenos Aires 1979

Deleuze G. ¿Qué es un dispositivo? En Michelle Foucault, filósofo. Editorial Gedisa. Barcelona.1999

Foucault M. Entrevista de 1977 citada por Agamben G. en *Qué es un dispositivo*.

Foucault M: *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica de Argentina, Buenos Aires 2005

Foucault M.: *La hermenéutica del sujeto*. Citado por Gros F. en *Situación del curso*. Fondo de cultura económica Buenos Aires 2000

Foucault M, « *Structuralisme et poststructuralisme* », en *Dits et écrits*, vol. II,

Freud, S. (1887-1904) *Cartas a Wilhelm Fliess*. AE Buenos Aires 1986

Freud, S. (1950 [1892-99]) “Manuscrito E: ¿Cómo se genera la angustia?” en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, AE Tomo II, Buenos Aires.

Freud, S. (1950 [1895]) “Proyecto de psicología”

Freud, S. (1920) *Más allá del principio del placer*, AE Tomo XVIII, Buenos Aires.

Freud, S. (1921) *Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad* AE XVIII

Freud, S. (1923) “*Neurosis y psicosis*”, AE Tomo XIX, Buenos Aires.

Freud, S. (1924) “*La pérdida de realidad en la neurosis y psicosis*”, AE Tomo XIX, Buenos Aires.

Kancyper L *El complejo fraternal. Estudio psicoanalítico*. Edit Lumen 2004. Buenos Aires

Kovadloff, S: *El enigma del sufrimiento*. Emecé. Buenos Aires 2008

Kuras de Mauer S. Resnizky S. (1985) *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica*. Edit Trieb. Buenos Aires 1985

Kuras de Mauer S. Resnizky S.: *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Letra Viva Buenos Aires 2003

Kuras de Mauer S. Resnizky S.: *Territorios del Acompañamiento Terapéutico Letra viva*. Buenos Aires, 2005

Kuras de Mauer S. Resnizky S.: *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Letra Viva Buenos Aires 2013

Mauer S y May N: *Desvelos de padres e hijos*. Emecé. Buenos Aires 2008

Mauer S. Moscona S Resnizky S. *El trabajo psíquico de la transmisión*. Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Numero 30 2005-2006.

Mauer S. Moscona S Resnizky S. *Psicoanalistas, un autorretrato imposible*. Lugar

Editorial. Buenos Aires. 2002

Mauer S. Moscona S Resnizky S. Dispositivos clínicos en Psicoanálisis. Letra Viva. Buenos Aires 2014

Moreno J. : Tiempo y trauma:continuidades rotas. Editorial Lugar.Buenos Aires. 2010.

Moreno J. Cambios actuales en la familia, la infancia, la sexualidad y su impacto en el psicoanálisis. En Actualizaciones en Psicoanálisis Vincular. Publicación de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires 2006

Moreno J. en “Ser humano: La inconsistencia, los vínculos, la crianza”, Cap. III, Cap IV y Cap VII . Letra Viva, Bs.As., 2010.

Sibilia P. “El hombre post orgánico, Cuerpo subjetividad y tecnologías digitales; FCE, Bs. As. 2009.

Sibilia P. La intimidad como espectáculo Fondo de cultura económica, 2008, Buenos Aires

Zukerfeld R.: Procesos terciarios de la vulnerabilidad a la resiliencia. Edit. Lugar 2005

El avatar de la función coordinación: sobre la función coordinación y la función acompañante en un caso de esquizofrenia¹

RODRIGO SANTILLÁN²

Introducción

Me gustaría empezar por el nombre del trabajo. En primer instancia planteo que la coordinación es una función y, como tal, una actividad particular que realiza una persona o una cosa dentro de un sistema de elementos, personas, relaciones, etc., con un fin determinado. Por otro lado la palabra Avatar, proveniente del sánscrito (pluralizada en español como: “avatares”) con el significado de ‘fases’, ‘vicisitudes’ o ‘cambios’. Por lo cual podríamos decir que se trata de una función dentro de un sistema, que a la vez está sujeto a vicisitudes y cambios. Pero me interesa además su uso en informática, donde describe al modelo (una caricatura de tres dimensiones) que representa a una persona en un mundo virtual. Lo que me hizo pensar en la virtualidad que podría implicar dicha función, en este caso la de la coordinación.

El presente trabajo intenta precisar algunos aspectos de la función coordinación y la función acompañante (at en adelante) en un acompañamiento terapéutico, a partir del trabajo realizado a lo largo de ocho años con un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, con un delirio tipo megalómano, místico con rasgos persecutorios.

A lo largo de más de diez años de trabajo del equipo Ágora con la función coordinación, hemos establecido características específicas

¹ Trabajo presentado en Mesa de Trabajos Libres. Mención especial entre los seleccionados para el Premio Federico Manson 2015.

² Lic. Psicología. Coordinador de equipo de AT. Psicólogo clínico en institución pública y en actividad privada. santillanrodrigo@yahoo.com.ar Buenos Aires Argentina

de esta función, necesarias a nuestra modalidad de pensar una clínica del acompañamiento terapéutico. Si bien la singularidad de este caso ha tensionado algunos de los supuestos sobre los cuales solemos hacer gravitar esta función, es nuevamente en el caso por caso el lugar donde confirmar o cuestionar su utilidad clínica. No es la intención de quien suscribe universalizar una función que solo va a encontrar su asidero en el derrotero de cada caso; pero sí intentar precisar qué nos ofrece, como saldo de una experiencia clínica, al establecimiento de una función en un dispositivo como el del acompañamiento terapéutico.

En el caso que nos ocupa han sido más de ocho años en los que más de sesenta acompañantes y un coordinador han participado. Esta particularidad, que nos habla de la afectación del lazo social en este paciente, nos propone el desafío de pensar la función acompañante más allá de la persona que encarne dicha función; esto hace que el dispositivo de acompañamiento posibilite el sostenimiento de un lazo social.

El Caso.

Mariano es un paciente de cincuenta y tantos. Su psicosis se ha desencadenado a temprana edad y ha transitado por distintas institucionalizaciones, la última de las cuales aconteció poco más de un año antes de que comenzáramos el acompañamiento; pasando luego por un Hospital de Día hasta que cuestiones burocráticas fuerzan un alta temprana, que provoca que se vaya aislando cada vez más, hasta casi no salir de su domicilio.

A partir de entonces el tratamiento psiquiátrico no termina de establecerse, a Mariano no parece interesarle; él tiene “su tratamiento”. En un intento de restituir un mundo en el que él pueda tener un lugar, va consolidándose un delirio que, pese a ciertas variaciones en el contenido, permanece estable en su estructura, “hay que hacer lo que se debe y no lo que se quiere”. Esta fórmula lo enlaza al mundo de un modo particular, ya que por momentos le exige sacrificios importantes acordes a la gran responsabilidad asignada: “salvar al mundo”.

Dentro de las voces que le hablan y hacen tantos milagros en él,

hay personajes engañosos que pueden hacerle cosas nocivas; las amenazas son muchas y va encerrándose en su casa cada vez más frente a los posibles atentados que misteriosas máquinas podrían perpetrarle. Replegamiento sostenido también en infructuosos intentos de compartir las revelaciones adquiridas para un mundo sin sufrimiento, imprimiendo y repartiendo folletos o predicando a quien se le cruzara. No habiendo encontrando el eco acorde a sus verdades, parece haber decidido salvar al mundo solitariamente.

En el inicio, el límite – la regulación.

Comenzamos este acompañamiento solicitado por la hermana de Mariano, Beatriz, luego de un episodio de descompensación clínica que padece Mariano y sostenido en el dicho de una médica que para Beatriz parece una sentencia, que ya “no podía estar solo”. Inicialmente at una vez por semana hasta que luego de la gestión de Beatriz logra instalar un esquema de 12 horas diarias todos los días de la semana, reemplazando a un equipo de cuidadores domiciliarios que la obra social había contratado, pero que recluidos en la pequeña cocina del pequeño monoambiente, pasaban 12 horas por día leyendo unas revistas viejas para pasar el tiempo.

En ese momento pasa el día recostado o sentado en su cama, inmerso en su mundo poblado de fenómenos alucinatorios, intercepciones del pensamiento, manierismos etc., dignos de un manual de psiquiatría. Es un mundo con reglas que no conocemos ni quiere compartir. Los ats se limitan a estar, a participar de algunos ceremoniales extraños que Mariano exige y no explica. Eso que a él se le impone, lo impone a su vez a sus acompañantes.

Mariano toma medicación psiquiátrica y clínica, indicada alguna vez por algún psiquiatra, pero las cantidades las maneja a discreción, consiguiendo recetas de algún psiquiatra de turno y ocultando la toma de la medicación a la injerencia del acompañamiento. No permite cambio alguno en su esquema y es evidente que el exceso de benzodiacepinas que injiere no son las indicadas.

El tipo de alimentación y la cantidad de líquido que bebe son preocupantes, incluso para la salud de los acompañantes, que se ven compelidos a compartir la comida ya que es uno de los pocos momentos donde a Mariano le es permitido interaccionar, por fuera de esto se encuentra ocupado en actividades reservadas.

Ante este cuadro de situación se vuelve imperioso cierto ordenamiento de los aspectos regulatorios de su vida. En primera instancia se apuntó al establecimiento de una instancia de tratamiento más clara y con la cual poder dialogar. Es así como luego de varios intentos con distintos psiquiatras se logrará que se atienda con un psiquiatra que ya lo atendió en algún momento.

Dentro de los recursos de que dispone logra armar un personaje para el mundo del afuera de su casa. Sabe que sus actividades secretas no son compatibles con el mundo que le rodea, sabe también qué le conviene decir, o mejor, no decir. Aunque a veces ese personaje no alcance para contener los fenómenos que lo habitan, hace un gran esfuerzo acorde a la necesidad de tal o cual tarea externa, y la consulta con el psiquiatra no es la excepción.

Es así que luego de varios encuentros Mariano le pide a los ats que ingresen a las sesiones, parece necesitar una especie de escudo protector frente a ese encuentro. Buscará también el asentimiento del acompañante cuando le sea solicitado dar cuenta de lo que hace en su día a día, realizando un estratégico y a veces pueril dibujo de actividades que realizaba con sus ats (ejemplo de esto es que se bajara del taxi y corriera 20 metros hasta llegar a la puerta del consultorio y al relatar las actividades de la semana dijera, mientras miraba a su compañera de carreras, que salían a correr). Esta verdad a medias permitía al at un lazo posible, incluso fue desembocando en el armado previo de un texto a ser relatado en sus sesiones. El at le preguntaba antes de ingresar “qué hicimos en la semana” y juntos armaban esa verdad a medias.

En las comunicaciones con el psiquiatra de estos aspectos que nos preocupaban de Mariano, y que no aparecían en el territorio de las sesiones, nos refiere el psiquiatra que necesitaba que sea el acompañante quien denuncie las mismas, ya que en las sesiones el acompañante “no

decía nada” y Mariano no le comentaba ni quería hablar con él de estas cuestiones.

Ante las dificultades que representaban estos aspectos desregulados: el incremento de fenómenos alucinatorios, el aislamiento, como así también algunos pedidos extravagantes que nos interrogaba respecto a una tarea terapéutica posible (como estar acostados en el piso con la corriente de la casa desconectada y a oscuras, a una distancia equidistante de las llaves de luz que emitían rayos peligrosos), nos vimos en la necesidad de acceder al pedido del psiquiatra. Pero no accedimos a que sea el acompañante quien comente nuestra preocupación, sino que sea el coordinador en el marco de reuniones entre los tratantes, el paciente y el familiar.

Tal como pensamos la función de la coordinación, tenía que lidiar con las diversas demandas (de los tratantes, la familia etc.) para así permitir al acompañante continuar con un vínculo amistoso, y no hora-dar esta función de escudo de la que Mariano parecía servirse. Entonces fue la coordinación quien a la distancia necesaria de algunas reuniones cada tanto, y cargando sobre si cierta regulación que considerábamos necesaria, planteó en esos encuentros nuestra preocupación.

El riesgo evidente era que el coordinador se transformase en un Otro intrusivo del que la literatura psicoanalítica nos advierte para con la psicosis, tendencia que constatábamos en los fugaces vínculos que Mariano mantenía; pero ante la encrucijada que fuera el coordinador nos parecía que permitía al acompañante continuar en la función que les asignaba (Mariano se llamaba “el salvador”, o “el más santo de todos los santos”; en una ocasión que algún at le preguntó para que estábamos nosotros, dijo que éramos “sus ángeles guardianes”), y sí... nuestra presencia significaba para él que no lo internarían, y como dijo alguna vez, si lo internaban era el fin del mundo.

A esa altura Mariano pasaba gran parte del día recostado en una cama frente al acompañante, a veces durmiendo, otras “trabajando” en misteriosas actividades, ya sea pidiendo por la paz o interconectado a distancia con otras personas con quienes dialogaba, o haciendo movimientos para calibrarse con la “machine” (una especie de computadora

del tamaño de dos habitaciones creada por Jesús según dijo, y con la cual mantenía cierto equilibrio necesario al mundo). Pero básicamente nuestras propuestas de actividades o diálogo eran cordialmente rechazadas, salvo en alguna comida o merienda ocasional. Mariano parecía no disponer de ese tiempo, tenía que hacer lo que le decían incluso cuándo y en qué cantidad de tiempo ir al baño, comer, etc.

En dicha reunión, en algún momento de mi relato, comento que nos preocupaba la gran cantidad de tiempo que pasaba acostado durmiendo, a lo que Mariano interviene como aquel que se siente difamado corrigiéndome “estoy recostado, no durmiendo”. Semejante difamación tendrá sus consecuencias, poniendo una distancia con la coordinación que parecía insalvable a partir de entonces.

Este camino elegido tal vez fuera necesario, pero seguramente errado en su forma. No me refiero a la “difamación” solamente, sino a que nuestra preocupación forzaba una cercanía que quebrantaba una distancia con la coordinación que parecía serle necesaria.

Los acompañantes con Mariano; Beatriz con el coordinador.

Empecé a entender que para Mariano el coordinador es un otro que él mantiene a una distancia que le permite continuar con un vínculo posible. En este sentido generalmente no estaba disponible cuando intentaba comunicarme con él y utilizaba a su hermana o a alguno de sus acompañantes para comunicarme sus decisiones respecto a quién podía acompañarlo y quién ya no, o también para pedir que se fuera antes ya que estaba lloviendo o era riesgoso si permanecían.

Mariano propone la distancia que necesita. En este sentido ha sucedido que al no querer que vaya una acompañante al día siguiente le dice a la que lo acompaña que me diga como cosa de ella que vaya tal acompañante, y al preguntarle por qué no se lo decía directamente al coordinador dirá “no quiero que piense que yo le digo lo que tiene que hacer”.

Beatriz es la hermana de Mariano, al inicio del acompañamiento vive en otro departamento del mismo edificio y trabaja en una oficina de secretaria. Para ella lo que le pasa a Mariano transita por explicacio-

nes de las más diversas y extravagantes, justificando todo aquello que padece. Ha tomado a su cargo a su hermano y su misión es ser su “curadora”, al punto de descuidar su trabajo y hasta perderlo, e irse a vivir con su hermano al monoambiente, sometiéndose a las exigencias más locas de Mariano respecto a lo que puede o no hacerse en la casa.

Esta proximidad propia de una locura de a dos (*folie à deux*) parece profundizar el malestar de ambos. Aunque Mariano soporta la vecindad de Beatriz, esta última va adquiriendo características maliciosas. Denuncia con razón el doble discurso de Beatriz, quien en pos de no contrariarlo se somete a los planteos de Mariano, pero denunciando a escondidas a los tratantes aquello que debería corregirse o hacerse.

Las exigencias de Beatriz respecto a las actividades, controles médicos y varios etcéteras que debería realizar, se sostienen en una idealización de las capacidades extraordinarias que le adjudica, tanto deportivas como intelectuales; pero distan mucho de las posibilidades de Mariano. La desazón que le provoca el padecimiento suyo y de su hermano, se traduce en una posición querellante hacia los tratantes. Nos responsabiliza de las dificultades sociales de Mariano y de su reticencia por realizar lo que ella considera necesario para su salud según la “ley” establece. Amenaza constantemente con denuncias y recursos judiciales que atentan contra los recursos terapéuticos de los que sí se sirve Mariano. En varias oportunidades le propone cambiar de equipo de ats, de médicos etc., y es Mariano quien dirá que no, aun cuando por momentos se le vuelva intrusivo la presencia de los ats, e incluso la coordinación, es él el que sostiene su tratamiento.

Beatriz es su “curadora”, y la impotencia por no poder “curar” a su hermano la enferma; al punto de deteriorarse su salud, su situación económica y hasta cultural. Se siente obligada a estar con él. En esta situación ambos parecen enloquecer cada vez más.

Nuevamente es Mariano quien nos muestra el camino de un acompañamiento posible, pidiéndole a Beatriz que se encargue de sus asuntos con la coordinación. Es así como las comunicaciones constantes con Beatriz se transforman en reuniones entre el coordinador y ella, en las que podrá ir manifestando todas sus disconformidades con el

equipo de ats, con los psiquiatras, la obra social, etc. La función de la coordinación ocupará el lugar de alojar sus peticiones y teorías sobre el malestar de Mariano, intentando consensuar algunas posibles estrategias en las que ella pueda incluirse y direccionarla hacia un afuera de su aislamiento con Mariano.

Es en la distancia que Mariano sabe que necesita para un vínculo no tan intrusivo, tanto con su hermana como con la coordinación que la intervención se sostiene. Los efectos son varios, Beatriz retoma alguna de sus actividades sociales, permitiendo al at sortear la marca personal que Beatriz les imprime y que dificulta la tranquila presencia del at que Mariano necesita, y que habilita un decir que de otro modo es obturado. Ejemplos de esto es que Mariano compartiera alguna breve actividad o diálogo con el at, y que cuando escuchaba que llegaba su hermana interrumpiera y se zambullera en la cama pidiendo silencio.

La sexualización de los vínculos.

La presencia del at ha tenido distintos matices afectivos para Mariano. Los motivos por los que necesita de un recambio constante de acompañantes son diversos: “tiene ojos de demonio”, “el novio me dice que está celoso”, todo lo que toca lo contamina”, “cuando estaba hizo tal o cual cosa y yo vomité”, “me dicen que es mala persona”, “sacó la lengua como una serpiente y tocó mi vaso”, “su nombre no está bendecido”. O más generales como ser que EEUU nos iba a invadir etc., etc.

Los intentos por problematizar estos postulados, apelando al buen vínculo que tenía con tal o cual at eran infructuosos. Nuestra intención era que Mariano pudiera tensionar esa obediencia acérrima a lo que “le decían” esas voces, ya que él mismo sostenía que a veces eran “engañosas”, que había “infiltrados” que podían hacerle mal.

Inicialmente desde la coordinación me resistía a desarmar y rearmar el equipo constantemente, intentando convocar alguna legalidad (indicación de su tratante, del juzgado etc.) que compitiera con la autoridad de sus voces (ya que no siempre él estaba de acuerdo con quien tenía que irse, decía que le gustaría que siguiera tal o cual pero que “no se podía”).

A lo sumo aceptaba que permaneciera un tiempo con los recaudos necesarios (no tocar las cosas, no comer con él, etc.), pero solo incomodaban aún más su situación y nos confirmaba cada vez lo ineficaz de insistir por tal o cual acompañante, ante esta inamovible posición.

Dejamos de insistir al entender que la función del acompañante podía permanecer más allá de quien la encarnara cada vez. Podríamos decir que la función acompañante se sosténía en tanto se lograba independizar de quien la encarnara, lo que permitía a Mariano sostener un lazo social posible, aunque implicara que quien la habite lo hiciera temporalmente.

En este contexto el acompañante será aquel con quien vaya pudiendo compartir cada vez más cosas, incluso de su mundo interior. Es así como en distintos momentos el *at* se prestará a compartir prácticas que se le vuelven necesarias a Mariano: la lectura de una oración que inventa, pedir por la paz, no llevar determinados colores a su casa, no usar palabras en otros idiomas, etc.

Estas actividades van incluyendo al acompañante en el mundo de Mariano, pero respetando la limitación del *at* respecto de su quehacer en pos de una función que se va delimitando y delineando, un modo de lazo que permite cierta convivencia posible. Pero por otro lado esa presencia en su cotidiano, aunque reducida a su mínima expresión (ya que cada *at* iba una o dos veces por semana como máximo, lo que implicaba un equipo de al menos diez personas para cubrir los horarios) se tornaba amenazante más tarde o más temprano, requiriendo la inclusión constante de acompañantes al dispositivo.

A modo de conclusión un nuevo inicio: la función acompañante y la función coordinación.

Varias preguntas surgen de este caso como de otros:

¿Qué hace al acompañamiento permanecer cuando otras instancias de tratamiento van rotando? En Mariano han desfilado innumerables tratantes, como dirá Freud respecto de Schreber, “procuran defenderse de una sexualización así de sus investiduras

pulsionales sociales" (Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente 1911. Punto III Acerca del mecanismo paranoico. Pág. 58 Amorrtu). Los vínculos se le sexualizan y adquieren características que finalmente transitan algún tipo de amenaza a su ser.

¿Por qué entonces ha mantenido la coordinación incluso a pesar de las situaciones relatadas? Es en este punto donde pienso que Mariano ha sabido inventar una función, aquella que le permite mantener la distancia necesaria para poder sostenerla y que la coordinación, pese a sus yerros, ha podido escuchar y ubicarse en función de esa distancia.

Mariano marca el camino de un acompañamiento posible, de un vínculo posible de ser tolerado por él, a condición de un recambio constante de las personas que encarnan dicha función. Sesenta acompañantes para un acompañamiento parecería decírnos algo de lo que no termina de funcionar, y sin embargo entendemos que nos habla de lo que sí funciona. Funciona a condición de no superponer persona con función, una función que podrá ser encarnada por varios, muchos, y aun así seguir siendo una función.

Este desdoblamiento del Otro le permite mantener un vínculo posible. Por un lado, un desdoblamiento entre la persona y la función en los acompañantes y, por otro lado, una distancia con la persona que ocupa la coordinación para mantener a resguardo dicha función.

El sostenimiento de este vínculo posible a partir del dispositivo de acompañamiento y su permanencia en el tiempo ha producido diversos efectos en el tratamiento donde Mariano ha ido produciendo una especie de sutura delirante más estable y pacífica, lo que permitió que vuelva a transitar por el afuera y requiera de menos horas y días de acompañamiento. Ya hace tiempo que no me solicita cambios de acompañantes.

Este recorte del caso de Mariano no intenta agotar la problemática del mismo, ni tampoco puntualizar específicamente sobre los efectos terapéuticos que esta herramienta clínica aporta. Lo que pretende es dar cuenta de cómo la lectura de estas coordenadas son las que nos ha permitido ubicarnos en una función clínica, orientación que considero necesaria para pensar la práctica del Acompañamiento Terapéutico.

Transferencia y Supervisión en el contexto del AT

VERÓNICA EVANGELINA FERNÁNDEZ¹

Me pareció propicio para este encuentro abordar los temas de Transferencia y Supervisión en el contexto del Acompañamiento Terapéutico, ya que mi hipótesis es que no podrá acontecer lo terapéutico de un acompañamiento sin estos dos pilares.

Ya sabemos que la Transferencia es un concepto meramente psicoanalítico que tanto Sigmund Freud como Jacques Lacan han desmenuzado profundamente; pero creo que no es un concepto exclusivo dentro de un tratamiento psicoanalítico. La Transferencia es una expresión del Inconsciente que no sólo está referida al análisis sino también a muchos vínculos con validez en la vida cotidiana.

Es necesario que el paciente suponga un Saber en el *at*, para que se establezca un vínculo transferencial que propicie el diálogo, la confianza, la apertura. Así será como el *at* podrá oficiar de sostén cuando la situación lo requiera.

Es esperable que el paciente logre hablar, teorizar y aunque las interpretaciones que tengan los propios sujetos resulten de un modo grotesco, cada una de ellas contiene alguna cuota de verdad, que es bueno no descuidar en función del valor significante ignorado por el sujeto, valor significante que es función del *at* detenerse, observar y tener en cuenta. El *at* no está capacitado para interpretar. No es su función. Deberá facilitar el nexo entre el paciente y su psicólogo.

El valor significante de la producción lúdica, gestual, escritural u oral reside en que el Sujeto juega y no sabe lo que se está jugando en

¹ Licenciada en Psicología. Miembro Fundadora AATBB (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Bahía Blanca) y AATRA (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina. Escuela de Psicoanálisis. Coordinadora de la Tecnicatura en AT del Instituto Superior de Bahía Blanca. veroefernandez@gmail.com

ese juego, que dibuja y no sabe lo que repite, elabora y testimonia, en que habla y no sabe lo que dice.

Por ejemplo, entre lo que el niño dibuja y lo que dice se establecen vínculos; los niños juegan y mientras juegan, hablan.

Se despliegan en varios registros posibles: la actividad lúdica y sobre (o junto) a ella, las asociaciones verbales.

La manera como el at se posicione frente a estos múltiples registros delatará su concepción del inconsciente.

El juego, el dibujo, la verbalización y los gestos, son lenguajes y formas de expresión y desempeño irreductibles, pero remiten a una misma estructura.

Estructura, cuyos elementos están unidos como por un lazo oculto, de manera tal que la modificación de uno de ellos, da lugar a la modificación de todos los demás.

Que el Acompañante Terapéutico se posicione alojando los deseos de su acompañado, ofreciendo un lugar transferencial propiciará que el Sujeto produzca (juego, deseos, sueños, fantasías)

Freud dice en relación a la transferencia que la hay en toda institución de salud, no solo psiquiátrica sino médica, en las que se instalan lazos que tienen cualidades transferenciales, amor, repeticiones; pasajes al acto, en contextos que no tienen nada que ver con el psicoanálisis.

El dispositivo analítico está diseñado para que esto florezca más y se lo intenta utilizar para los propósitos de la cura.

O sea son las mismas estructuras, pero con diferentes intereses que inciden en cómo nos vinculamos con ellas y como promovemos su presentificación. El analista podrá hacer otra cosa con esa producción. El paciente puede establecer distintos vínculos transferenciales con los distintos integrantes del Equipo tratante. Cuando en un acompañamiento se logra la transferencia, el at tiene vía libre para abrir nuevas oportunidades, relanzando el deseo del acompañado y especialmente pensando que la solución la va a tener que encontrar el propio sujeto. Uno acompaña, no decide por otro. Esa es la principal diferencia entre at y Cuidador.

El Acompañamiento Terapéutico debiera propiciar un vínculo tranquilizador, seguro, investido del supuesto saber; aunque a veces también suele producirse hostilidad, resistencia, o sea aspectos de la Transferencia negativa.

Cuando digo investido de supuesto saber, digo hacer semblante.

El concepto semblante no es lo mismo que semblante en castellano. Porque el semblante en castellano es sinónimo de apariencia. En cuanto a los semblantes de saber, tenemos un vaciamiento de la referencia, como efecto del lenguaje en el ser hablante. De esta manera decimos que el semblante es discurso en tanto su objetivo es el de velar la inexistencia de la referencia del ser hablante.

Lacan particulariza aquello a lo que se dirige la demanda de amor. La particulariza desde la perspectiva de transformar el amor en amor al saber, es decir, Lacan ubica algo que obviamente está metido hasta la médula en la clínica freudiana, esto que me angustia, yo que padezco vengo aquí para hablarle a usted porque yo creo que usted sabe de mi padecer.

Nadie le confía a alguien si no está cimentada esta idea que Lacan llama de un saber supuesto. Se le supone un saber a un sujeto y eso forma una parte muy importante de un acompañamiento.

Pero además, lo que cambia esencialmente es la idea de contestación a la demanda. La contestación a la demanda por el lado del amor al saber no sería ni más ni menos que dar el saber, dar saber.

Es decir que la transferencia en Lacan, la transferencia y la abstinencia en Lacan se ubica esencialmente en lograr no arrasar con el saber la idea de que se le suponga un saber a ese (at), y a eso nos vemos llevado en la clínica de todos los días.

Afirmaría que es la máxima dificultad que tenemos y que escuchamos esencialmente y en la angustia que promueven aquellos que se hacen cargo de la clínica, que se hacen cargo de comenzar a escuchar a aquellos que padecen, qué le digo, qué hago, qué hago con el silencio. A esto lo llamamos: poner el cuerpo, sostener el enigma, no apurarnos a dar sentido, a dar indicaciones, a no “arrasar”.

La abstinencia aparece, desde esta perspectiva, en un cierto sesgo importante en el punto en el que no se obstruye con lo que uno piensa,

con lo que todavía no se sabe que habría que saber. Es decir, ese famoso saber no sabido se obstruiría ante una particular ubicación de lo que el analista sabe.

Es importante este punto. Yo creo que es un punto esencial porque nos cuestiona constantemente, por ejemplo la idea de “lo digo no lo digo”. Esto va de acuerdo a lo que estoy escuchando, observando, es una pregunta que nos hacemos, que la escuchamos en las supervisiones.

Es un trabajo constante del at el desprenderse de su impulso por “proponer”.

Es válido proponer, pero sólo si es en relación con lo que detectamos de interés en el discurso o conducta de quien acompañamos.

Y la supervisión permanente será la que balizará esta tarea. No es una mera charla entre ats, entre colegas. Una supervisión es un espacio de trabajo.

La correspondencia mantenida por Freud con algunos de sus discípulos y más sistemáticamente con el padre de Juanito (Freud, 1909) es testimonio temprano de la práctica de la supervisión, aunque no fuese nombrada como tal. Y hace alusión a que debe ser llevada a cabo por profesionales con más experiencia, más reconocidos, haciendo así alusión a lo que hoy conocemos como supervisión o análisis de control, en el ámbito del psicoanálisis. Yo apuesto a que con la misma estructura debe ser la supervisión en el contexto del acompañamiento terapéutico para cuidar la salud del at, para que no se implique más de la cuenta, desvirtuando la función específica del AT.

La supervisión es un espacio de sostén del profesional, una instancia para poder observar al paciente y poder auto observarse como at, permite trazar los lineamientos por los cuales circulará el tratamiento, detectando los avances, retrocesos o interrupciones. En la supervisión se abren y se responden preguntas, se evacuan dudas, se implementan estrategias, haciendo un seguimiento pormenorizado del caso.

La tarea del supervisor se remite a orientar la labor del at, sin intervenir en las decisiones que el mismo pueda tomar junto al Equipo tratante, pero sí intervenir en su propia subjetividad si fuera necesario.

Estoy absolutamente convencida de que compartiendo nuestra

clínica, nuestras preguntas, nuestros aciertos y los no tanto es que podremos poner a debatir nuestra praxis para seguir interrogándonos y así poder conceptualizar con la mejor precisión posible los límites que demarcan el trabajo del at, que, a mi criterio, no puede ser llevado a cabo por cualquiera.

Bibliografía:

Freud, Sigmund. (1996). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso "Juanito"). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Tomo II). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Freud, Sigmund. (1996). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas: Sigmund Freud* (Tomo II). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Freud, Sigmund. (1996) Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la Universidad. *Obras Completas: Sigmund Freud* (Tomo III). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Lacan, Jacques. (1960-1961). Seminario VII. La Transferencia.

Lacan, Jacques (1964). Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.

Algunas precisiones en relación con la transferencia en el Acompañamiento Terapéutico. Cuando el goce llama

MARCO ANTONIO MACÍAS LÓPEZ¹

En la práctica psicoanalítica, en el trabajo que efectúan los acompañantes terapéuticos y en nuestra vida cotidiana, somos convocados continuamente para entrar en escena, ahí donde el goce se efectúa por alguien del entorno, que goza al desear colocarnos en una situación de angustia y de pánico. Es una evidencia clínica que el goce presenta toda una diversidad en sus manifestaciones, apareciendo todo el tiempo y en todos lados. Señalaba Lacan en la sesión del 26 de noviembre de 1969 de su Seminario *L'envers de la psychanalyse (El reverso del Psicoanálisis)*: “el camino hacia la muerte no es otra cosa que lo que se llama el goce.

Esa diversidad en su presentificación da para que consideremos las diferentes escenas que se despliegan en los diferentes campos de inserción del acompañamiento terapéutico, por ahora sólo haré mención en su generalidad. Sin dejar de ver en el horizonte que ser supremo en malignidad está en el horizonte de cualquiera. Así tenemos que si visualizamos que una de las dimensiones del goce es la transgresión de la ley, habrá que estar advertidos de toda una gama de escenas que se puedan desplegar. El goce está todo el tiempo en todos lados, es algo que relampaguea por doquier.

Sabemos entonces que cuando la función de acompañamiento terapéutico se ejecuta, generalmente es en situaciones urgencia subjetiva, una de ellas es la llamada crisis psicótica, aunque también tenemos presente como señalábamos, que en nuestra vida cotidiana, son múltiples los momentos en que alguien tomado por el goce nos convoca.

Ante esa víspera se espera que el at opere eficazmente, al establecerse un lazo que habrá de construirse, al advertir aquello que uno

¹ Practicante del psicoanálisis. Doctor en Psicología Clínica. Querétaro. México. marco58f@yahoo.com.mx

suscita con su presencia y lo que la persona que se acompaña suscita en uno. Pudiendo calibrar como ya se sabe la proximidad o distancia que hay que tomar en cada encuentro.

En el campo de AT y en particular en el del llamado psicótico, se ha llegado a precisar que hay una primera condición: soportar el diálogo, la presencia y los actos de alguien, que en lugar de usar la carretera principal, transita por los atajos y circuitos más inverosímiles. Soportar el encuentro con alguien que va a valerse del lenguaje de modo diferente. Soportar la diferencia y lo que hace la diferencia.

Se puntúa entonces: ¿Qué implica esta posición? Se trata de no querer llevar al llamado psicótico a donde no puede. Se trata de no intentar la “normalización”.

Hoy en día, la operación de exclusión y segregación del diferente toma otras modalidades. Y es interesante pensarla aún dentro del campo psicoanalítico. La concepción que un practicante tenga de la locura guiará su práctica y su práctica determinará esa concepción. Si la locura es pensada en términos de déficit, si la locura se aborda con el modelo de la neurosis, la exclusión es operante.

Cuando hablo de soportar, se trata por supuesto, de soportar la angustia que produce el encuentro con el loco. Precisando que cuando hablamos del loco, nosotros conceptualizamos la locura como una forma de estar en el mundo y como una forma discursiva.

Pensar el AT como una praxis, es decir, como un tratamiento de lo real por lo simbólico, un acto de palabra, implica alejarse del mundo de las técnicas, de los saberes profesionales, de las maniobras instrumentales. Es situarlo en el orden del saber hacer, saber hacer allí, en cada situación, con cada caso. Saber del que es necesario dar cuenta, sin caer en categorías universales.

Cuando se realiza dicha función de acompañamiento en una crisis psicótica por ejemplo, generalmente nos encontramos ante un contexto como el que señala Héctor Fenoglio (2010): “La mayoría de los profesionales consideran a las crisis psicóticas como situaciones muy peligrosas para la integridad física y psíquica del paciente, por lo cual el objetivo prioritario y urgente –como si se estuviera ante un incendio– de-

bería consistir en “ahogar” o “apagar” la crisis, lo más rápido posible y de la manera en que se pueda. En tal sentido, la respuesta casi automática y más habitual se reduce a: 1) control farmacológico masivo y estricto y, 2) control y vigilancia institucional. Es decir, la internación. Sin embargo, semejante reducción es altamente cuestionable”. Señala además que es muy fuerte y arraigado el prejuicio de que los psicóticos en crisis no están en condiciones de tomar decisiones de ningún tipo, por lo que se hace necesario decidir casi todo por ellos. Este prejuicio, sumado al terror por la supuesta alta peligrosidad para sí y/o para terceros del psicótico en crisis, viene permitiendo y hasta propiciando internaciones innecesarias sin recurrir antes a otro tipo de medidas más adecuadas, como la internación domiciliaria, el hospital de día, etc. De esta manera se termina en lo clínico, se despoja al psicótico de su posición de sujeto, se lo reduce a mero objeto de manipulación y en lo político, se justifica la violación de los derechos humanos de los pacientes, quienes no son tomados en cuenta a la hora de ejecutar decisiones importantes sobre su vida.

Fenoglio puntúa de manera muy precisa y pertinente que cercar la crisis y disolverla a como dé lugar sin leer lo que ahí se despliega, es un grave error, mezcla de indolencia e ignorancia, yo agregaría y de angustia, por no poder ocupar el lugar de resonancia ante lo que se pone en acto.

Toda crisis es una oportunidad inmejorable para establecer o relanzar el vínculo terapéutico. A veces ante una crisis los profesionales se espantan o consideran, que ya se fracasó en el intento de tratamiento. Es importante ubicar que uno trabaja con la contingencia, ni qué decir en el trabajo que se realiza en el acompañamiento terapéutico, en donde el encuentro puede durar desde algunos minutos a algunas horas; la exposición a la contingencia está ahí todo el tiempo, por ello insistimos en esa capacidad de resonancia y de lograr la intrincación con el otro, para poder tener la sutileza y sensibilidad de intervenir no antes ni después. Diríamos que las situaciones extremas muestran de qué estamos hechos.

Es importante señalar también, para los que se inician en su práctica clínica, que antes de pretender curar el síntoma, es importante localizar qué lugar ocupa en la estructura subjetiva. Qué soporta ese síntoma en el sujeto, qué función tiene en la estructura.

Ahora bien, si consideramos la transferencia como una relación de enamorodiación o bien de odiomoración como señalaba Lacan (hainemoration), habremos advertir que el amor y el odio se juegan de manera insistente en toda relación.

A propósito de este amor y de este odio que están permanentemente implicados, observamos que en la práctica de acompañamiento y en la práctica psicoanalítica, nos encontramos muy a menudo con un sujeto duplicado en posición sádica y masoquista. Ya Lacan en el seminario de *La Angustia* señalaba que el sádico es aquel que busca despertar la angustia en el otro. A mayor sufrimiento de la víctima, mayor goce de aquel que en ese momento se encuentra en posición sádica. Es importante tener presente que hablamos de sujeto duplicado, pues hay un punto en donde aquel que se encuentra en posición sádica, es a su vez la víctima identificándose con ella. El gozar identificado con la víctima pone al sádico en posición masoquista. Tenemos así, dos posiciones en un mismo sujeto, dos posiciones subjetivas, no dos personas. De ahí que pretender señalar a una víctima (niño y/o mujer maltratados), puede dar lugar a precipitarse en la comprensión, tan dañina en nuestra práctica, como Lacan nos advertía en su seminario sobre *Las estructuras freudianas en las psicosis*, cuando decía de manera enfática a los psiquiatras en formación que no se apresuraran a comprender. Sabemos que la razón es trampa. Además, hay que recordar como señalaba Lacan, en la sesión del 5 de febrero de 1964, que no hay posibilidad de encuentro con lo real, a través del pensamiento.

Señalábamos entonces cómo discriminar y localizar en uno mismo el no entrar en escena ahí donde se nos convoca, vale decir cómo lograr no ser gozados. Trabajando con Susana Bercovich (2014), en un seminario que se propuso en el contexto de la Especialidad: Clínica de los Padecimientos Subjetivos que se imparte en la Universidad Autónoma de Querétaro en México, se concluía que se puede recomendar que al sentir angustia cuando realizan su labor de acompañamiento, hay que hacer caso de esa angustia como una señal, lo mismo en el consultorio, justamente para poder salir de esa escena que se está montando. Esto no quiere decir, abandonar el lugar y decir, *chao, hasta mañana*. Se trata de

poder leer lo que ahí está ocurriendo para poder recurrir nuevamente a nuestro saber hacer.

En otro momento hablando del pasaje al acto y el acting out Macías (2010) remarcaba que hay realización de ciertos hechos que no pasan por la versión discursiva, marcan un corte en el discurso haciendo pasar algo que es de otro orden. Por ejemplo regularmente observamos que en el pasaje al acto está implícita una situación ya sea de crisis, de urgencia o bien de cronificación, distinguiendo en ocasiones su carácter súbito. Sin dejar de considerar que todo acto presenta su faz significante, pues no siempre se presenta inarticulado.

Señalaba en ese escrito que tenemos entonces trazos que se ofrecen para su lectura: a veces parecen jeroglíficos indescifrables, otras, graffitis con un código compartido y muchas veces más, grandes signos de alerta con luces centelleantes para su mayor visión, con una gran ceguera en su entorno. Por ello enfatizamos sobre esa capacidad de resonancia, sutileza y sensibilidad para intervenir de manera pertinente, no antes ni después. Aquí agregaría el hablar del humor, en el sentido en que lo ha llegado a plantear Jean Allouch, el poder encarar la práctica analítica y por supuesto que esto incluye al at, como un divertimento serio. Esto no es burlarse del paciente, sino que ahí donde están el horror y lo ominoso que puede implicar el encuentro con lo real, inaprensible y que retorna vía alucinatoria o delirante, poder intentar cercar eso real a partir del despliegue de significantes que se encuentran inarticulados, pero donde nuestra implicación y capacidad de resonancia, irán permitiendo un enlace para que el sujeto pueda producirse y reconocerse en lo nombrado.

Respecto a los actings outs, señalaba que los leemos como un pedido de intervención, ahí donde quien esta a cargo del tratamiento no ha sabido leer lo que el sujeto pone en escena; también allí es donde se pone a prueba la eficacia en el ejercicio de la función de los acompañantes terapéuticos. Quedamos muchas veces a merced del acto y de las contingencias que se van produciendo, producto de la experiencia misma que se esta desplegando. Es por ello que hemos hecho énfasis en el capítulo “La presencia de Eros” en la relación analítica, del libro *Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico*, presentado aquí

en Córdoba, acerca de la importancia de haber transitado por la experiencia analítica para estar en condiciones de ejercer nuestra práctica. La práctica psicoanalítica nos permite advertir que todo el tiempo trabajamos con la contingencia.

Se escuchan insistentes preguntas en supervisiones o reuniones clínicas de acompañamiento terapéutico, respecto al modo en que se viene configurando la demanda de acompañamiento y las dificultades que estas modalidades imponen a los practicantes tanto si se trata de las demandas del sistema judicial, del sistema escolar, del sistema de salud o del sistema familiar. Respecto de la implicación que se demanda, habrá que tener presente que nunca estamos totalmente sanos ni totalmente enfermos. Aun en el más enfermo de los enfermos hay algo sano. Por ello enfatizamos que nuestra forma de mirar y conceptualizar la locura, es que esta, es una forma de existencia, es una forma discursiva.

Es importante en el abordaje de la locura, y con ello preciso que sería cualquier modalidad subjetiva, el poder calibrar la exigencia de las neurociencias que exigen la identificación del síntoma, con una mirada compartida y un diálogo abierto cuando se requiere dosificar en forma pertinente una medicación. Ya en estos momentos no es un orgullo que Querétaro no tenga un hospital psiquiátrico, pues su no existencia, si bien ha evitado que la gente lleve a sus enfermos a depositarlos al hospital, implica la proliferación de anexos avalados por la Secretaría de Salud del Estado, que los reconoce como Centros de Rehabilitación. Diríamos que son instituciones que pretenden representar la ley al margen de la ley. Estas instituciones del maltrato, del encierro y de la violación de derechos humanos son lo que el sector salud ofrece a su población en México. El encierro y la violación de los derechos humanos están siendo legitimados por el Estado. Tenemos, como bien lo ha llegado a plantear el Dr. Jorge Pellegrini en relación con muchas de las llamadas instituciones de salud mental, instituciones de la desesperanza, del maltrato, del sufrimiento, del congelamiento de la enfermedad. Tenemos instituciones que promueven el lucro despiadado con la enfermedad.

Sobre este punto tan delicado, hay una cuestión que no podemos dejar de advertir y que es la dicha en la esclavitud, esto es, el gusto por el

sometimiento, que puede promover el ser maltratado, de ahí que cuando se abre un espacio de análisis, es la condición propicia para poder apalabrar el goce con todas las dificultades que ello implica, pues la palabra y la ley no siempre es sanadora ahí donde la compulsión a la repetición es la base. Pues tomados por la pulsión de muerte uno sabe lo que le hace daño y vuelve a lo que le hace daño, creándose y fortaleciéndose un goce ruinoso. Podemos puntuar que somos objeto de la repetición, hay algo que vuelve siempre al mismo lugar. No es que yo repita, hay algo que se repite en mí, hay un real en la repetición que se impone.

Tenemos entonces que la presencia de anexos como formas de “atención y rehabilitación” pueden dar lugar a victimizar y eso exacerba el goce, incentiva la repetición, de ahí que se presenten las continuas reclusiones en dichos anexos. Ya Lacan había mencionado que cuando alguien se ubica en posición masoquista, se vuelve el agente de aquello que va a sufrir, esto es, se propicia el propio sufrimiento. Si alguien está en posición masoquista, al encontrar el castigo se acentúa el goce, abandonarse a otro, a dios, al tirano, al “padrino” de un anexo puede ser para muchos en esa posición, placentero.

Al crear un gusto en el dolor y un gusto a la autoridad en el sometimiento, la ley incrementa el goce masoquista; es un punto gozoso de la ley, pues refuerza el goce que pretende regular, podemos puntuar que es una vía de insistencia y de acceso para el goce.

Es importante entonces tener presente la consideración anterior, pese a lo anacrónico y el carácter represivo de nuestras instituciones. Así las cosas, uno no puede cuestionar los objetos que eligen los pacientes. Uno no puede saber nunca lo que es el bien para el otro, lo que uno puede creer que es el bien del otro, puede hacer grandes estragos. Por ello es un asunto de extremo cuidado, el que un at intervenga buscando y proponiéndose el bien para el paciente que acompaña. Pues ni siquiera sabe uno lo que es el bien para uno mismo. El deseo de cada quien como categoría moral puede interferir seriamente su trabajo. La idea de normal produce lo anormal, basta que uno diga, esto es el bien, para que todo lo demás sea el mal. Estas son las trampas de la razón. Las personas muchas veces no sólo quieren el bien, sino también el mal.

Repetimos lo peor de nuestra historia, lo que no podemos recordar, elaborar con los recursos que tenemos, lo repetimos, hay algo que vuelve y se nos impone. De ahí que el análisis puede crear las condiciones para poner un alto a la repetición, que nos pueda gustar otra cosa que no sea el dominio y la sumisión, pues el goce del Otro no es benévolos. Que al poder nombrar lo imposible de decir, el sujeto, sujeto como efecto del inconsciente, tome nota de que algo extraño está pasando, produciéndose un sujeto que pueda hacerse responsable con lo que está ocurriendo.

Es importante discriminar que hay modos de disolución de sí que son liberadores, fuera de ese Otro que quiere algo de mí. No necesariamente darse a devorar. Hay formas de disolución de sí que no son masoquistas. Por ello decíamos, consideramos como una opción al análisis, que libera de esa prisión de ese Otro que quiere algo de mí. Aunque... la libertad tiende a asustar.

Bibliografía

Bercovich, Susana. (2014). *Fibras de eso, el goce*. Seminario impartido en la Especialidad: Clínica de los Padecimientos Subjetivos. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Querétaro.

Fenoglio, Héctor (2010). Psicoanálisis de las Crisis Psicóticas. Artículo inédito.

Lacan, Jacques. (1969-70). *El Reverso del Psicoanálisis*. Seminario. Versión en Paidós y versión inédita y estenotipia de la École Lacanienne de Psychanayse.

Lacan, Jacques. (1963) *La Angustia*. Seminario. Versión inédita y estenotipia de la École Lacanienne de Psychanayse.

Lacan, Jacques. (1955-1956). *Las psicosis*. Seminario. Versión en Paidós y versión inédita y estenotipia de la École Lacanienne de Psychanayse.

Lacan, Jacques. (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario. Versión en Paidós y versión inédita y estenotipia de la École Lacanienne de Psychanayse.

Macías, Marco Antonio. (2010). *Vidas Breves. Suicidio y accidentes de niños*. México: Fontamara.

Macías, Marco Antonio. (2006). Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. México: Plaza y Valdes.

Reflexiones en torno la demanda, el rol y la posición ética del AT a partir de un caso¹

ANA CECILIA MARENKO VILLASUSO²

El propósito de este escrito es aportar una reflexión en torno al rol y la función del acompañante terapéutico en relación con la dimensión ética. A partir de una articulación teórico-práctica se busca problematizar el lugar del acompañante terapéutico en la vida cotidiana de un sujeto cuando la demanda no es directamente terapéutica. Y en esas coordenadas, poner en tensión y reflexionar sobre la dimensión ética del acompañante.

El acompañamiento terapéutico es un dispositivo que habitualmente se confunde con otras modalidades de intervención inter-subjetiva. Este hecho, quizás es producto de la flexibilidad característica que tiene la acción del acompañante; flexibilidad que se sustenta en la atención de las singularidades, del caso por caso. Un espacio a ser nombrado, precisado en función de la estrategia terapéutica y la particularidad del caso (Rossi, 2013).

“La inserción del at siempre tiene un “para qué” implícito aun cuando este no siempre pueda formularse en términos objetivos (...) y ese para qué está fundamentado en una estrategia terapéutica basada en la evaluación y comprensión que el equipo terapéutico tiene de la problemática del paciente y de sus síntomas de acuerdo al marco teórico de referencia” (Dragotto y Frank, 2012, pp. 24-25)

Los que trabajamos en el campo del acompañamiento terapéutico sabemos que el dispositivo se inserta en el marco de un trabajo interdisciplinario; en dónde la indicación de la inclusión del AT surge del

¹ Trabajo presentado en Mesa de Trabajos Libres. Mención especial entre los seleccionados para el Premio Federico Manson 2015.

² Lic. en Psicología - Acompañante Terapéutica. marengoanacecilia@gmail.com

terapeuta que está llevando adelante el caso (psicólogo o psiquiatra). Es decir que es dicho profesional quien delimita los objetivos y estrategias de su inclusión; siendo el acompañante un “recurso clínico especializado” que permite sostener un proyecto terapéutico, complementando la tarea del profesional, con su inserción en la vida cotidiana del paciente y familia (Rossi, 2013).

Sin embargo, es harto frecuente encontrarnos con situaciones en las cuales la demanda del AT no parece ser tan clara. O bien porque no hay un profesional a cargo del caso y entonces la demanda surge de familiares del paciente, o de instituciones educativas; o bien porque quienes solicitan el AT no son profesionales especialistas en el campo de la salud mental (psiquiatras o psicólogos) y entonces la estrategia de trabajo delimitada, no presenta objetivos terapéuticos claros.

Al respecto, quisiera exponer una experiencia que ejemplifica estos bordes y desbordes por los que circula la demanda de AT, que permiten reflexionar en torno a la especificidad de su función y la dimensión ética.

El caso Lucía

Se estaba haciendo la hora de salir de casa rumbo a casa de Lucía y yo me estaba sintiendo incómoda. Ganas de quedarme, desgano, falta de motivación... ¿Qué me estaba pasando? Recogí mis cosas y emprendí el camino hacia la parada de colectivo. Mientras caminaba intentaba pensar, profundizar en esto que estaba sintiendo para poder encontrar alguna brújula.

Eso es, una brújula.

Recordé la importancia de la tan conocida “objetivación del sujeto objetivante” que sostiene Bourdieu, en tanto necesidad de sostener cierta reflexividad en torno a la propia práctica a fin de analizar y controlar en la medida de lo posible los sesgos, los puntos ciegos del investigador en su campo de investigación (Bourdieu, 2006). Pensarme a mí como acompañante, en mis potencialidades y en mis carencias. Encontrar qué de todo aquello de la cotidianidad del compartir con Lucía me estaba generando malestar. Cuánto había allí de mi propia subjetividad y cuánto del contexto.

Hasta ese momento “mi brújula” estaba compuesta por los saberes adquiridos, la contratransferencia y el análisis personal. Con esas herra-

*mientas, pude darme cuenta **de** que había algo que me estaba produciendo malestar y ponerle un nombre: “La falta de un norte”.*

Decidí supervisar porque no encontraba respuestas frente a la situación. Embebida del vínculo y de la dinámica familiar en la que transcurrían los momentos de acompañamiento terapéutico, se tornaba preciso una mirada externa que ayudase a co-pensar la situación y comprender la trama compleja en la que se insertaba mi función.

La cuestión se volvió aún más clara: La inclusión del acompañante terapéutico en el caso Lucía, no tenía un norte. Siendo en un primero momento solicitado por un equipo interdisciplinario perteneciente a un centro educativo-terapéutico, hoy esa solicitud se tornaba difusa. Lucía había cambiado de escuela y el acompañamiento terapéutico había continuado en esta nueva escuela como un servicio más, sin mayores reflexiones al respecto.

Cuando ingreso a trabajar como acompañante de Lucía, soy convocada por la familia a partir de la sugerencia de quien acompañaba a Lucía hasta ese momento. La demanda apelaba a la continuidad del servicio que ella ya venía teniendo. Los objetivos por lo tanto se remitían a aquellos trabajados por la acompañante anterior; con la cual nos ponemos en contacto para conversar sobre el caso. Decido a su vez comunicarme con el centro educativo terapéutico actual, pactar una reunión y escuchar. Intentando dilucidar el sentido de la demanda: ¿Para qué? ¿Cuál es el objetivo? ¿Es terapéutico?

Se me tornaba difícil comprender el sentido que tenía para el centro la inclusión del acompañamiento terapéutico. No había una demanda explícita, más bien se trataba de la aceptación de la continuidad del servicio y una decisión de trabajo conjunto por parte de los profesionales con los que me contacté (ni psiquiatras, ni psicólogos). Los objetivos que en ese momento se me comunicaron tenían que ver con sostener y fomentar la autonomía de Lucía y favorecer los vínculos sociales.

No estaba del todo conforme. Comencé a cuestionarme la dificultad para adaptarme a aquello que no estuviese organizado, planificado y delimitado. Mientras tanto, volvía una y otra vez a los libros para reafirmarme en el rol, para validar mi lectura de la situación.

Decidí comenzar el acompañamiento, creyendo que quizás las lecturas y los lenguajes utilizados para comprender una situación son a veces

diferentes, pero que aun así es posible la articulación de un trabajo conjunto entre las distintas disciplinas. Decidí comenzar y tomarme un tiempo para comprender, esperar y ver qué sucedía en el encuentro con Lucía.

En la cotidaneidad del vínculo uno descubre muchas cosas. Opera como un explorador, un investigador de la vida diaria. Observando, escuchando, fui encontrando algunas cuestiones inherentes a la dinámica familiar que repercutían en la posibilidad de despliegue subjetivo de Lucía. Me motivaba la posibilidad de descubrir en esos ratos a solas, a la Lucía que se ocultaba detrás de las palabras y los decires de la familia.

El compartir cotidiano me permitió ir tropezándome con diversas situaciones en las cuales lo que estaba en juego era la subjetividad de Lucía. La posibilidad deemerger como sujeto o el aplastamiento subjetivo en el que a veces quedaba ubicada. Pude reconocer que en esos momentos en los cuales Lucía se encontraba rodeada de otros familiares que hablaban por ella, se retraía. Comencé a sentirme incómoda, dudaba de la posición que debía tomar en esos momentos. Me debatía entre el objetivo de “favorecer el lazo social” que me habían sugerido desde la escuela y mi lectura en torno al lugar en dónde quedaba ubicada Lucía.

¿Debería irme? ¿Me debería quedar y accionar en esta dinámica? ¿Debería invitar a Lucía a buscar un lugar para poder estar a solas y recuperar algo de lo subjetivo? Todas estas preguntas rondaban en mi cabeza en esas instancias en las cuales la particularidad del vínculo entre Lucía y yo quedaba taponada por visitantes.

Las diferentes situaciones a las que me enfrentaba en la práctica cotidiana con Lucía me hicieron pensar en la dificultad que estaba encontrando para posicionarme y accionar desde el rol.

Al no contar con un profesional del área *psi* que delimitase los objetivos a trabajar en función de una hipótesis terapéutica, que recepte la información que emerge del contacto cotidiano y a la vez que funcione de terceridad o entre la familia y el at, la especificidad de la función del at se diluía.

Las preguntas que surgían eran: ¿Qué acción debía tomar? ¿Qué función estaba teniendo mi presencia en la cotidaneidad de Lucía? ¿Cómo sostener el rol y no perderme entre las demandas familiares? ¿Cómo posicionarme en un lugar distinto al de “niñera” en donde muchas veces la familia –*implícitamente*– me ubicaba?

Rossi (2012) cuando escribe sobre la demanda en el campo del AT, establece las diferencias entre la indicación (terapéutica) y el pedido (familiar). Esto es una diferencia en función de quién solicita la inclusión del dispositivo. A su vez, establece la noción de *demandas en el acompañamiento AT* para referirse específicamente a la emergencia de la singularidad del sujeto en el espacio del acompañamiento.

En el caso Lucía, no sólo no había una demanda clara desde el centro educativo terapéutico que delimitara los objetivos y la estrategia terapéutica a seguir en el acompañamiento (*demandas al AT* según Rossi (2012) o indicación terapéutica); sino que tampoco había una demanda de ella como sujeto deseante (*demandas en el AT*). Sus posibilidades de demandar estaban obturadas por los pedidos e indicaciones de todos aquellos otros que hablaban por ella.

En ese sentido es interesante retomar la pregunta que se formula Rossi (2012): ¿Quién es el sujeto del acompañamiento? Para el autor, el sujeto del AT se construye (en ciertos casos) a partir de considerar una situación. Es decir, “un modo singular en el cual el campo se va configurando”.

En el caso Lucía, en una primera instancia, el abordaje posible de *la situación* debe contemplar también a la familia que pide y demanda, que habla por Lucía, ya que es desde allí que podrá luego pensarse “*la demanda en el acompañamiento terapéutico*”. Es decir que la posibilidad de instalar un dispositivo de trabajo que fomente el despliegue subjetivo de Lucía no es sin considerar el lugar que ocupa la familia.

Luego de trabajar la conflictiva que me estaba produciendo la situación en análisis personal y en supervisión, la decisión que tomé frente a la misma fue *hacerle lugar a la demanda*. Esto implicó, en este caso, no solo apostar a la emergencia del sujeto (Lucía), sino también (y con ello) dar lugar a la posibilidad de emergencia del AT como dispositivo. La intención fue apostar a la creación de condiciones de posibilidad para que aquel pedido (del centro educativo-terapéutico, de la familia) que no tenía las características de una indicación terapéutica, comenzara a significarse desde otro lugar; y permitiera así, poner en primer lugar a Lucía, sus necesidades, sus potencialidades y sus deseos.

La dimensión ética atraviesa toda la práctica del AT. La posibilidad de reconocer al otro en sus singularidades y sus posibilidades, en su

lugar deseante, en su dolor, en lo que tiene para decirnos, forma parte del fundamento de una ética del acompañar (Frank y Dragotto, 2012).

“En el horizonte está el sujeto, con sus modos de existencia, pudiendo algo y en el camino hacia ese horizonte inalcanzable, pero bordeable, radica la ética (...) Sólo hay ética si el profesional confrontado a las apariencias de lo imposible, no deja de ser un creador de condiciones de posibilidades” (Romero, 2012).

Considero que en el caso Lucía, el reconocimiento de su subjetividad implica también poder reflexionar acerca de qué prácticas propias, reproducen el aplastamiento, el borramiento subjetivo que expongo anteriormente. En ese sentido, es que el análisis de la situación me llevó a tomar la decisión que nomino como “hacerle lugar a la demanda”, puesto que lejos de querer convertir al AT en un objeto de consumo, el fin es poder transformar el sentido que los actores involucrados en el caso Lucía le asignan al dispositivo. Esta acción implica necesariamente la inclusión de otras miradas, principalmente la del terapeuta, que evalúe la situación, estableciendo coordenadas y brindando un marco a la inclusión del dispositivo de acompañamiento; puesto que “sin esa inscripción en una estrategia, nos quedamos muchas veces sin margen de maniobra, expuestos a los “caprichos” o conflictos del entorno familiar de un paciente” (Rossi, 2012 p.70).

Bibliografía

Bourdieu, P. (2006). “La objetivación participante”. *Revista Apuntes de Investigación del CECYP* (Año IX, N° 10). Buenos Aires: Centro de Estudios en Cultura y Política.

Dragotto, P; Frank, M. L. (2012). “Ética y acompañamiento terapéutico”. En *Acompañantes. Conceptualizaciones experiencias en Acompañante Terapéutico*. Córdoba: Editorial Brujas.

Romero, R.G. (2012). “El acompañamiento terapéutico, campo de intervenciones específicas. Una cuestión ética”. En Dragotto, P y Frank, M.L (2012). *Conceptualizaciones experiencias en Acompañante Terapéutico*. Córdoba: Editorial Brujas.

Rossi, P.G. (2013). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. (3ra ed) Buenos Aires: Polemos.

Hablando sobre el tiempo en el AT

DEBORAH SERENO¹

GIRAMUNDO- TALLERES Y REDES EN SALUD MENTAL, o simplemente Gira, es un servicio de Clínica Psicológica de la PUC-SP, que tiene como objetivo articular la red de servicios territoriales de niños y jóvenes psicóticos y autistas y/o en situación de vulnerabilidad, buscando su inserción y mayor participación en la, y de la, comunidad. Recibimos la demanda que llega a la clínica y establecemos acuerdos con servicios de salud de la red substitutiva (sustitutiva al manicomio) e intersectorial. Somos un micro punto en una red que pretendemos se establezca, sea tejida y para esto ponemos a disposición el trabajo de AT en la red pública.

La estructura del Gira es pequeña y un tanto frágil. Está construida básicamente por recursos humanos: seis pasantes del Núcleo de Salud Mental del 5º año de la carrera, practicantes que pagan un curso de especialización de la PUC y una coordinación / supervisión del servicio. Durante los jueves a la mañana nos organizamos con la siguiente rutina: dos horas y media de supervisión y planificación de los talleres; una hora y media de convivencia (taller de pasaje) y concomitantemente, el grupo de padres; y después una hora más para la actualización de las atenciones. En este momento, el taller está constituido por tres jóvenes con edades que varían de 14 a 18 años y sus familias. Además de estas atenciones, el Gira realiza el trabajo de AT por acuerdo con servicios de la red de salud mental del municipio (5 casos).

Por último, vale recordar que estamos en una clínica-escuela, operando dentro de un calendario académico, lo que significa que todos los años el equipo del Gira se renueva, es completamente otro (con excepción de la coordinación, que ha permanecido).

¹ Coordinadora y supervisora de Giramundo: Talleres y Redes en Salud Mental (PUCSP).San Pablo. Brasil. sereno.deborah@gmail.com

De esta manera, son varias las cuestiones: somos una clínica de pasaje, entendemos que nuestra función es la de articulación, construcción de una red de atención participación territorial. Por otro lado, cómo dar cuenta de las diferentes temporalidades y participación territorial, cómo dar cuenta de las diferentes temporalidades en juego en la construcción de esta red. Lidiamos con el tiempo del caso clínico, o sea, tiempo del establecimiento de la transferencia, de compromiso en el proyecto terapéutico, de las resistencias familiares, la temporalidad de la psicosis; la articulación con la red: las “agendas” en los servicios de salud mental, los procedimientos de entrada y protocolos para reunirnos con los compañeros; lo mismo con las escuelas, un recorrido hasta “encontrar” una escuela que se enganche colectivamente en el proyecto y por ahí va.

Otra cuestión inquietante acerca de la importancia de la transferencia en la construcción del vínculo en los casos consiste en saber hasta qué punto la circulación de estudiantes cada año por el Gira garantiza la continuidad del proyecto o produce efectos iatrogénicos. Intentamos manejar esta cuestión mediante el establecimiento del contrato anual con el grupo, o sea, desde el primer día de cada uno de ellos en el Gira o cuando presentamos al nuevo equipo, ya se está hablando también de la terminación a final de año, ¿pero será que con eso conseguimos garantizar la función de “pasaje”? Y otra cuestión, ¿cuándo sería el momento del Gira para salir de escena?

Guto

Utilizaré algunos recortes del trabajo que viene siendo realizado en el Giramundo desde 2011 con Guto, para reflexionar acerca de las diferentes temporalidades implicadas en la construcción de una red.

Un poco de la historia de GUTO

2011 Guto, de 9 años, llega a la Clínica de la PUC, derivado por la escuela con una queja de hiperactividad. Llega en el segundo semestre, con una demanda para atención familiar y trabajo junto a la

escuela. Fue también derivado para atención individual en otro servicio de la clínica.

Para ser breve, diré que Guto vive una relación psicótica con su madre. Aquellos casos “típicos” de psicosis involucrando la absoluta presencia materna, ausencia del padre en el discurso materno y el resultado de Guto como objeto de goce, capturado por el discurso materno (por ejemplo, dice “su padre” para hablar del propio padre). Como consecuencia de la ausencia paterna en el discurso de la madre, la falta del corte necesario para la simbolización, manteniéndolo cautivo en una relación especular, imaginaria, erótico-agresiva, muy primitiva. El olor a pie, las uñas pintadas, como testimoniaremos a lo largo de los próximos años.

Guto fue derivado a la psiquiatra infantil del Hospital Universitario de la Universidad de San Pablo en 2011, la misma época en que realizaba el psicodiagnóstico en la PUC, porque según Ivete, su madre, “maltrataba animales” (sic). A partir de allí se inicia el tratamiento medicamentoso, con la hipótesis diagnóstica de retraso mental y desorden del comportamiento. Datos traídos por Ivete: la Ritalina empeora la agitación de Guto, pero la Risperidona ayuda.

Guto pasa a frecuentar los talleres del Gira, adhiere con facilidad, e Ivete participa del grupo de madres desde el inicio, por lo tanto su adhesión está siempre acompañada por estrés. Sus quejas son muchas e intensas, le es difícil escuchar que las otras madres hablen. Pelea en todos los lugares, actúa en el encuadre cada semana, presentándose a uno de los servicios (atención individual o Gira) y faltando al otro. Exige que la PUC pague el boleto de colectivo para ella; pelea con el marido porque se quiere separar, pelea con el Instituto Nacional de Servicio Social porque quiere auxilio –el Beneficio de Prestación Continua de la Ley Orgánica da Asistencia Social (BPC/Loas) o Pensión por Discapacidad en Argentina- al cual no tiene derecho a causa de los “ingresos del marido” (sic). Por lo tanto, nuestra mayor batalla, literalmente, era en relación a la escuela: se recusaba a llevarlo a la escuela, ya que decía que en cuanto llegaba a su casa, después de llevarlo a la escuela, ya la estaban llamando para que fuera a buscarlo.

2012

Nos reunimos con la escuela en abril del 2012. Fuimos con el auto de una pasante, guiados por el GPS, a esta escuela provincial, en medio de la periferia de la zona sur, que fue considerado lo más violento de San Pablo.

El camino iba bien por la larga Estrada do Campo Limpo, bastante conocida para nosotros, hasta que el GPS nos mandó entrar a la derecha y a partir de este punto se inició un trayecto por calles estrechas, grises, bajadas, curvas, subidas, y en una de estas, desde arriba se veía el mar de casas grises. Doblamos a la derecha para continuar en la calle que hace una curva estrecha, hacia bajo y a la izquierda. Entramos en un callejón y, para nuestra desesperación, el GPS nos dijo que llegamos a nuestro destino. El morro termina ahí. En frente nuestro: una barrera de contención de cemento. Esta era la visión final de la calle, pero estábamos en el centro; se formaba como un círculo de casas amontonadas unas sobre las otras, todas grises y por todos lados. Sólo podíamos retroceder, dar la vuelta en este círculo para tomar la única vía que nos había traído hasta ahí, el mismo circuito de subidas y bajadas y desvíos para volver. Silencio. Nadie en la calle. Nadie. ¡Nadie! Así que decidimos hacer la vuelta y reprogramar el GPS cuando vimos un portón más largo, y dentro, un patrullero de la policía comunitaria. Atrás del patrullero, ¡el edificio de la escuela! El despliegue policial ostensivo que caracteriza a San Pablo no parecía suficiente para garantizar la seguridad de los empleados de la escuela. Por lo menos era el clima de terror que la escuela dejaba transparentar. La secretaría se escondía detrás de una ventana enrejada, que dejaba entrecerrada mientras nos preguntaba quiénes éramos y qué queríamos. Cuando le esclarecimos, abrió la puerta automática y pudimos entrar en la escuela. Cierre automático en el portón principal y trabas con llave que se confunden con los picaportes en todas las aulas y en el paso de un piso al otro. Vale aclarar que quedamos encerradas en el último piso con la directora que nos mostraba la escuela y tuvo que llamar de su celular para que nos vinieran a rescatar.

La directora participó sólo del inicio de la conversación. Quien nos demandó apoyo y se mostró completamente comprometida y preo-

cupada con la escolarización de Guto, fue Dália, profesora de la clase de recursos. Dália intentaba adaptar algunas lecciones para Guto, le había pedido a los profesores que envíen el programa de la semana, pero nadie había cooperado; estaban todos desmotivados, por lo que solicitó que el Gira la apoye en una intervención de sensibilización y movilización de los profesores en relación a Guto, ya que algunos profesores se rehusaban a trabajar si él estaba dentro del aula.

Guto ocupaba el lugar de chivo expiatorio de una escuela inmersa en un contexto de extrema violencia, hostilidad y donde parecía no haber lugar para ningún niño. Era la punta de un iceberg de una complejidad de problemas entrecruzados y atravesados por el deterioro de la escuela pública, principalmente en las provinciales. Guto se había vuelto el estandarte de la imposibilidad de aquella escuela. Apostamos en la propuesta de Dália y elaboramos con ella una serie de actividades con los profesores en la búsqueda de engancharlos con el proyecto. No tuvimos éxito. Terminamos de acuerdo con Ivete, permanecer en esa escuela era insostenible, no había voluntad de la institución, ni de los profesores. En parte también por las faltas que ella misma promovía, por lo que quedaba claro que era muy difícil la aproximación de la escuela con la diferencia de Guto.

2013: El cielo es el paraíso

A principios del año siguiente fuimos sorprendidos con la buena noticia de que Guto había conseguido el pase para el Centro de Estudios Unificados (CEU) de su barrio. Esto presentaba el verdadero paraíso para Ivete.

Esta vez, fuimos positivamente sorprendidos por la estructura del CEU, que funciona desde el 2008. Con la boca abierta de sorpresa vimos un grupo de madres haciendo acuagym en la pileta. La arquitectura de los edificios era fantástica, ventilada y, a pesar de ser amplia, había vida y acogimiento en ese espacio, chicos usando las canchas, chicos corriendo en todas las direcciones, todos los pasos estaban abiertos. Claro que esta era y es la preocupación de Ivete hasta hoy.

Fuimos muy bien recibidos por la coordinadora pedagógica, que nos contó con buen humor que acababa de entrar en la escuela en enero. No conocía bien a Guto, pero ya conocía a la madre, bastante presente y preocupada con el hijo en la escuela (sic). Dijo que “por ahora cree que le está yendo bien, no tuvo reclamos ni comentarios de profesores ni colegas”. Además, están contratando una profesora del SAAI (Sala de Apoyo y Acompañamiento a la Inclusión), para atención especializada, que él pasará a frecuentar dos veces por semana fuera de la escuela. Dice que Guto tiene derecho ser llevado en combi y sugirió la posibilidad de que haga natación, entre otras opciones deportivas. Insisto, estructura del Primer Mundo, o el paraíso mismo. Vean, es posible una escuela pública abierta, acogedora, viva y alegre, con participación de las familias.

Las promesas eran buenas y muchas fueron cumplidas. El SAAI, la combi. En cuanto a la natación, Ivete reculó de antemano, “por lo menos al principio”.

Mantuvimos una pasante de referencia para la escuela, con quien se reunía cada dos meses. En septiembre las noticias sobre Guto de la Coordinadora y la profesora del SAAI fueron bastante optimistas: “Él se da súper bien en el aula, mezclándose, hacen lío juntos; las chicas vinieron a contar que él estaba pasándoles la mano por la cola porque los varones lo mandaban; conversaron las chicas y la profesora con él”. Es agitado, se sube en la silla. Participa de las actividades, a veces las adaptan para él, se adaptó muy bien y rápidamente, Ivete se quedó una semana y después no necesitó más quedarse.

Año productivo, muchas cosas pasaron en la vida de Guto y de Ivete, quien ahora cuenta con el grupo para hablar de sus cuestiones.

2014: Cambios

Año marcado desde el comienzo por los “cambios” de casa, en la clínica; Ivete busca casa para vivir sin el marido y cambio de coordinador pedagógico en el Centro de Estudios Unificado.

A principio de año hicimos una reunión con la escuela. El coordinador dijo que su contrato era temporario, que no conoce a Guto, pero que se informaría para entrar en contacto. Le avisamos a Guto

que iríamos a su escuela y cuando fuimos a visitarlo al aula, él estaba durmiendo con la cabeza en la cartuchera en la primera fila, frente al profesor.

En el grupo, Ivete reclamaba a la escuela, decía que Guto había tomado el ascensor solo, tenía miedo de que él no estuviese controlado en la escuela y saliera a la calle. El propio Guto le contaba que había dormido en clase. Estrés. Además de eso, ella se irritaba por no ver tarea, “no tiene nada en el cuaderno” (sic) y todos los días va a pasarla bien a la escuela. Las peleas continuaban: en la escuela, con el chofer de la combi y así en adelante. Acontecimientos bizarros indicaban el retroceso, como la indicación de la escuela para que Ivete se quede en el aula. Estuvimos todos en contra, a pesar de nuestra insistencia, la escuela no se abrió para ninguna reunión más, además de aquella con el coordinador temporario en aquel año. ¡Infierno!

Con la inauguración del Centro de Atención Psicosocial Infantil (CAPSi) en su barrio, fuimos con madre e hijo al acogimiento y nos dispusimos al trabajo en red. Así como ya habíamos garantizado para Ivete, combinamos con el CAPS que el Gira saldría de escena cuando “todo estuviese arreglado”. Tendríamos el año siguiente (2015), para hacer todo lo que fuese necesario para la transición y la desvinculación del Gira. Estábamos preocupados e inquietos con la falta de comunicación con la escuela.

2015: ¿Exceso de presencia del gira?

Podemos pensar que, de cierta manera, la “misión” del Gira había finalizado en este acogimiento en el CAPS. Podríamos simplemente afirmar que, lejos de ser ideal, Guto estaba en una escuela e iría a frequentar el CAPS que cuidaría de su tratamiento en su barrio. Podríamos trabajar la despedida de Guto en el Gira en algunos encuentros, no habría necesidad de garantizar un año más, pero *por las dudas...* En cuanto a la escuela, podríamos dejar que el CAPS hiciese la articulación, esto forma parte del repertorio de sus acciones.

Por lo tanto, al no retirarnos, estaríamos repitiendo un exceso de presencia que identificamos en las madres y que frecuentemente retorna

en las discusiones en los grupos de padres. Exceso de presencia que se manifiesta en una anticipación de un fracaso, en una respuesta previa, por ejemplo, al matricular a su hijo en la escuela y ya traer todo el historial de agresiones y expulsiones anteriores, o deja de bañar a su hijo de 14 años, pero controla cómo él se lava desde afuera del baño.

¿No sería este exceso que estaríamos repitiendo al querer asegurar todas las garantías en el CEU y en el CAPSi, para de ahí sí, estar omnipotentemente resguardadas por nuestro deber cumplido y ahí sí *poder soltarlo al mundo* con todos los riesgos que ello trae, sabiendo que la cuestión es justamente esta, que el ideal de perfección y de garantías es simplemente imposible?

Es la cuestión que nos atormenta ahora. Pero que no se nos había ocurrido a inicio del año pasado, cuando finalmente conseguimos reunirnos nuevamente con la escuela a fines de abril. En esa reunión, con la misma profesora del SAAI y otra nueva coordinadora pedagógica, nos llamó la atención la falta de cuestionamientos de la escuela sobre Guto y el exceso de presencia y reclamos de Ivete sobre la escuela. La profesora dijo que Guto adora el SAAI, *están trabajando individualmente* con sitios en internet, le está yendo bien. Y listo. Les propusimos el AT, el AT comienza a mediados de mayo, a lo que no pusieron objeciones.

Teníamos claro que la entrada del AT en la escuela era una demanda nuestra, de aproximarnos a la relación de Guto con la escuela y de su proceso de escolarización. Por otro lado, la entrada del AT también fue pensada para intermediar la relación de Ivete con la escuela, borrar un poco su intrusión y ayudarla a sostener el hecho de estar un poco afuera o intervenir y saber menos sobre la vida del hijo en la escuela. Cuatro meses después, ahora nos preguntamos: ¿La presencia del AT en la escuela de Guto, no estaría siendo tan intrusiva en cuanto colocaba a Guto en situaciones igualmente desagradables y como loco? De nuevo ¿El Gira estaría repitiendo el exceso de presencia? ¿Atravesamos el tiempo?

El hecho es que la entrada del AT en la escuela desencadenó una crisis, un corto circuito en la relación de Guto con la escuela, con las clases y principalmente con la at. Guto con 14 años, está apasionado

por una chica de su clase, que lo dibuja. Repite con la at su modo fusionado de amar, digamos así.

Si por un lado la at puede testimoniar que Guto tiene un lugar en su grupo, su organización, cuida de su material impecable, está atento y quiere participar de las actividades, también puede testimoniar escenas extremadamente violentas, prejuiciosas y de exclusión, explicitadas por la gestión de la escuela, dirigidas hacia él, pero también a toda el aula. Contrariado por la at, queda excitadísimo y ríe desmedidamente... la at comienza a salir de la escuela con los brazos rojos y con marcas de las manos de Guto por los fuertes apretones. Él es más fuerte que ella, es difícil sujetarlo e impedirlo físicamente. El profesor de Historia relata que la presencia de la at lo deja más agitado, él nunca quedó así. Sin embargo, otro día este profesor invierte lo dicho y dice que es en su presencia que Guto se agita más y dice "es conmigo que él queda así" (sic).

Guto pasa a destacarse en la escena escolar. Hasta entonces era como si estuviese naturalizado en esta escena. Pero, esa agitación parece inédita. La presencia de la at en la escuela desencadenó una crisis que, si de un lado develó aquello que se ocultaba en esta naturalización (y que la at testimonió), por otro lado lo exponía nuevamente como loco, agresivo, débil mental.

¿Esta crisis era necesaria? ¿Sería inevitable? ¿Tarde o temprano estallaría? Vean, no tiene que ver con regular delante de la crisis. En verdad, de cierta manera la provocamos con nuestro exceso de presencia. Lo que quiero problematizar es el exceso de presencia. ¿Es porque nos colocamos como una madre omnipotente que podemos asegurar algún lugar? ¿Cuándo decimos que nuestro tiempo terminó?

Con la entrada del AT atravesamos el tiempo de Guto y de las instituciones. Transferencia maciza, repite con la at el modo de relación erótico-agresivo que establece en la relación con la madre (él aquí en la posición activa, menos sometida: "ella no me obedeció", "yo mando en su cuerpo", pero aún imaginaria: en la lógica de o yo o ella, no tiene lugar para dos sujetos, sólo para uno).

He aquí la crisis. Y de acuerdo con Lacan, no se trata de regular delante de ella. Al contrario, estamos implicados transferencialmente

con ella. Esto probablemente posterga la salida del Gira en el tratamiento de Guto.

Estamos en medio del manejo de esta transferencia erótico-agresiva. Hemos hablado sobre esto con él en los talleres en la tentativa de encuadrar la tarea de la AT en la escuela. Esto nos indica aún un recorrido con Guto.

Sólo para terminar, no fue posible ningún contacto con el Capsi desde aquel primer acogimiento. Hicimos diversas tentativas de contacto por teléfono, mails, explicando nuestro paso a paso y la urgencia para que nos reuniésemos, que participasen de la reunión en la escuela, después, hablando sobre la idea del AT, todas tentativas en vano.

En medio de esta crisis en la escuela, ya en el final del primer semestre, fuimos sorprendidos con la noticia de que el Capsi había dado el alta a Guto. Le dijeron a Ivete que el CAPSi sólo trabaja *con crisis* y Guto está bien, recibieron un informe de la escuela. Después de un mes del alta, finalmente conseguimos reunirnos con el Caps. Volvieron atrás.

Repetimos: el trabajo de inclusión escolar puede ser entendido como un movimiento micropolítico de resistencia a favor de los derechos (ya adquiridos) de esta inmensa minoría excluida.

Traducción: Santiago Gómez

La construcción de una voz: constitución del sujeto y el autismo desde la clínica del Acompañamiento Terapéutico¹

LENARA SPEDO SPAGNUOLO²

Verdadero enigma, el niño autista. El rechazo tan radical del otro semejante nos pone frente a cuestiones acerca de su relación con el lenguaje. Si es la inserción del bebé en el seno de la cultura y del lenguaje lo que lo hace humano, a partir de la sumisión del cuerpo biológico a los significantes, ¿cómo comprender a un ser humano que fue (in) tocado de modo tan particular por el lenguaje? ¿De qué modo es posible para este hablar de sí mismo y de su mal estar en el mundo?

En su constitución subjetiva, el niño recibe enmarcaciones e inscripciones simbólicas de sus Otros primordiales. Pero ¿qué pasa cuando esa inscripción no puede ocurrir u ocurre de manera incompleta? En estos casos, nos referimos al autismo y a las psicosis en la niñez. Mientras los niños neuróticos llegan a la escuela asujetados a una inscripción simbólicamente eficaz, en el caso de las psicosis y del autismo esta primera etapa aún está por ocurrir (Jerusalinsky, 1997). Así, la instalación de la curiosidad o del deseo de aprender, aunque incipientes, son retos a ser considerados por los profesionales que trabajan con niños.

La inclusión escolar no debe ser impuesta a todos los niños, pero sí pensada desde lo singular del encuentro de un niño, con un profesor, en una familia y en un determinado momento de su vida. Es por ello que nos parece justo promover esa discusión a partir del estudio de un caso clínico.

¹ Trabajo presentado en Mesa de Trabajos Libres. Mención especial entre los seleccionados para el Premio Federico Manson 2015.

² Maestria en Psicología e Educação de la Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP) spedolenara@gmail.com

Hace diez meses que acompaña a Alice³, de 4 años, en la escuela, tres mañanas por semana. A pesar de que su madre sostenga que el habla de su hija se encuentre paralizada desde que la pequeña fue diagnosticada con autismo cuando tenía dos años, en poco tiempo de trabajo pude percibir grandes avances, no solo en lo que respecta a su relación con el lenguaje sino también en sus relaciones sociales.

El acompañante terapéutico en la escuela debe estar atento no solamente a las posibilidades del niño de aprender y vincularse con los contenidos escolares, pero también de construir lazos sociales y, quien sabe, de desear. Es en este sentido en el que concordamos con Sereno (2006), al afirmar que desde el punto de vista del acompañante terapéutico no hay distinción entre el “analítico” y el “escolar” en la medida en que ambos deben favorecer efectos de subjetivación.

La madre de Alice busca a la acompañante terapéutica⁴ con la queja de que, aunque haya avances en relación al abordaje anterior⁵, su hija sigue sin hablar. Orientadas por el psicoanálisis, entendemos que, si bien son significativos los automatismos adquiridos por Alice, todavía se necesita mucho trabajo para que algo del orden de la palabra pueda surgir. En las entrevistas iniciales se pudo evidenciar, tanto para mí como para la madre de Alice, que el habla no era la única dificultad de la niña, que, además, no fijaba la mirada en nadie, no jugaba de modo interactivo y parecía evitar cualquier contacto con los otros. Por lo tanto, acordamos en trabajar la cuestión del vínculo en la escuela, apostando a que allí habría una buena oportunidad para la palabra advenir.

Al principio del trabajo, en relación al habla, Alice presentaba apenas jergas, esto es, palabras y frases enunciadas con entonaciones pero sin ninguna relación con el código de la lengua. No parecía dirigirse a otros cuando emitía esos sonidos, tanto por la ausencia de mirada, cuanto por la ausencia de contexto. Era común verla caminando sola por la escuela y diciendo frases que parecían pertenecer a otros idiomas. Con

³ Nombre ficticio.

⁴ Además de la acompañante terapéutica, Alice es atendida por una fonoaudióloga y una analista.

⁵ Por dos años, Alice fue estrenada con TEACCH (Tratamiento y Educación de Crianzas Autistas y con Desventajas en la Comunicación) y ABA (Análisis Aplicada del Comportamiento).

frecuencia, delante de determinados objetos como masa de modelar, arena, goma y tinta, observábamos a Alice poner todo en la boca. La masa era comida sin ninguna relación con la escena representada en el juego. Estábamos delante del real del objeto en el real del cuerpo. Me pregunté si habría algo allí relacionado a la pulsión oral que no había sido inscripto.

A grandes rasgos, la pulsión es el efecto de la demanda del Otro sobre un sujeto aún no constituido como tal. El funcionamiento pulsional es tributario de la acción del lenguaje sobre los orificios privilegiados del bebé constituyendo así las zonas erógenas (Catão, 2009) y transformando, entonces, el cuerpo biológico en un cuerpo simbólico y pulsional. Laznik (1997), Catão (2009) y otros psicoanalistas parten de Freud⁶ para comprender los tres tiempos del circuito pulsional, afirmando que el autista no conoce el tercer tiempo. Según Catão (2009, p. 120): el primer tiempo es activo, el bebé se dirige a un objeto externo en el nivel de la pulsión oral, mamadera o seno. En el segundo tiempo, reflexivo, el bebé dirige la pulsión para una parte del propio cuerpo tomada como objeto, por ejemplo, el dedo. En el tercero tiempo se introduce un nuevo sujeto, más comúnmente la madre, para quien el bebé se exhibe, por ejemplo, ofreciendo el pie para que ella lo bese o muerda (Catão, 2009).

A partir de esta comprensión del autismo, se observa que el tercer tiempo, aquel del “hacerse”, no ocurre, no habiendo, por lo tanto, un impulso activo de hacerse objeto del goce del Otro. De este modo, el circuito pulsional no se cierra (Laznik, 1997) y no aparece propiamente el sujeto de la pulsión. Según Laznik (1997), un bebé futuro autista no renuncia a un goce cerrado. No incluye a la madre en ese circuito, por lo que hace imposible la existencia de un lugar para el Otro primordial. Si el Otro no tiene espacio, ciertamente tampoco sobrará lugar para los otros, semejantes. Alice, al principio, andaba por la escuela aparentemente sin mirar a sus compañeros, llegando hasta a derrumbar a niños más pequeños que se cruzaban por su camino. Había mucho trabajo por realizar.

⁶ Freud, Sigmund (1916). *Instinto e suas Vicissitudes*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996

Acompañando a Alice...

Como psicoanalista, me propuse a escuchar los sonidos emitidos por Alice. Pretendía validarlos como un mensaje dirigido a alguien, aunque en ese momento yo supiera que ella no contaba con una intención comunicativa. Me coloqué como destinataria de un supuesto mensaje. Según Lacan (apud Laznik, 1997), el habla es habla en la medida exacta que alguien cree en él.

Un día Alice estaba repitiendo una frase cuyo significado no pude comprender, pero percibí que había un ritmo. Una alumna me preguntó “¿qué es *eso* que ella está diciendo?”. Yo no sabía, pero sentí que necesitaba atribuir un sentido. Le dije que Alice estaba cantando y la alumna salió muy satisfecha con el descubrimiento de que *eso* era música y que Alice sabía cantar.

En otros momentos cuando ella decía alguna palabra que yo suponía comprender, yo la repetía. Mientras jugábamos con masa de modelar, Alice dijo “Aul”, repetí “Aul??”, y ella me miró con espanto por algunos segundos. Era como si quisiera decirme: “mira, yo no dije esto para que alguien lo escuchara”. Sin embargo mi mensaje fue que sí, que ella estaba siendo escuchada. Y a los minutos comencé a decir que el color “azul” no estaba allí, pero que teníamos el rojo. Y eso, de algún modo, inició el diálogo posible en aquel momento.

Sabemos que en los cuadros de autismo en general, no hay un llamado del otro; no se observa un apelo o un llamado que constituya una demanda. De esa manera, la escuela es un elemento muy valioso por ser un espacio colectivo. Allí hay que esperar para ser atendido, hay que formar filas, esperar el jugo, el material y así sucesivamente. Los gritos de Alice en la escuela no tienen respuesta inmediata. Si antes siempre existía un adulto cercano a ella a quien pudiera utilizar como instrumento para obtener lo que pretendía (como si el adulto fuera una extensión de su propio cuerpo), desde la escuela las cosas cambian un poco. Dejamos un espacio vacío, temporal y espacial. Entendemos la importancia de la existencia de ese espacio vacío para que, tanto el sujeto, cuanto la palabra pudieran aparecer – aunque de manera breve

y precaria. Actualmente, cuando Alice quiere algo, necesita buscar un adulto con su mirada y enseñarle lo que ella quiere por medio de un gesto o con una palabra. Validamos su acto nombrando su pedido y de esa manera le atendimos. ¿Estaría ella haciendo un apelo al otro?

A primera vista, la situación de Alice en la escuela parece ser una búsqueda de satisfacción continua, en la que sucede que una vez que encuentra lo que busca se cansa e inicia una búsqueda diferente referida de nuevos juguetes y objetos. Ella camina de sala en sala, sube a la secretaría, baja a la cocina, va hasta el parque... y así se pasa toda la mañana. El trabajo del acompañante terapéutico no se refiere solamente al hecho de caminar con el acompañado, sino también a preguntarse a partir de cuáles referenciales esos caminos son producidos. Según Jerusalinsky (2001), la circulación es armada “paso a paso, a partir del despertar de los intereses que aparecen en el establecimiento de los lazos entre el deseo de un niño y el social” (p. 169). Así, acompañando a Alice fui observando sus andanzas y, poco a poco, pude relatar a las maestras lo que a Alice le interesaba fuera de la clase, de modo que ellas pudieran ir incorporando tales objetos a la rutina del grupo. Percibí que ella siempre iba al salón a tocar algunos instrumentos musicales y sugerí a las profesoras que los utilizaran en alguna actividad. Y así fue: el grupo de Alice llevó al cabo el relato de una historia en la cual, conforme iban apareciendo algunos animales de la floresta, los alumnos iban tocando el instrumento correspondiente al animal. Fue un día inolvidable, pues fue la primera vez que ella permaneció en la clase durante el relato de una historia e incluso, permaneció atenta, ya que en determinados momentos repitió el nombre de algunos animales que escuchaba.

A lo largo del trabajo, Alice nos fue repitiendo palabras que nosotros habíamos pronunciado. Dicha repetición fue importante para un segundo momento de diálogo. Conforme íbamos ofreciendo nuestros significantes, ella iba logrando decirse a su modo. Leo Kanner (1943), autor que delimitó el síndrome llamado Autismo Infantil Precoz, afirmó que las ecolalias de los niños autistas eran una desventaja, pues, si no servían para comunicar, entonces de nada ayudaban en el tratamiento. Estamos de acuerdo con que la ecolalia se caracteriza por un

discurso que no fue cruzado por una cadena significante, de manera que no se cierra en una significación (Laznik 1997). Sin embargo, fuimos percibiendo con Alice que fue a partir de la repetición de las palabras generadas por los adultos que ella pudo comenzar a nombrar los objetos que miraba. O sea, fue a partir de la escucha de los significantes que le ofrecíamos, que ella pudo apropiarse de algunos de ellos y crear un otro modo de estar en el discurso. En un primer momento, “el significante toma de manera enajenante aquel que quizás un día sea un sujeto” (Laznik, 1997, p. 26). Es por eso que Alice al oírme preguntar “¿quieres que yo te ayude?”, me responde “te ayude”. Aún no le es posible hacer la inversión con el verbo y el pronombre; de todos modos, en esos pequeños instantes somos capaces de comunicarnos por la vía de la palabra.

Consideraciones finales

El trabajo es largo y ciertamente aún estamos lejos del fin, pero es importante reconocer que comenzamos una travesía. Actualmente, Alice espera su turno en la fila, me mira a los ojos cuando me acerco y digo su nombre, observa con curiosidad otros niños, consigue sostener un juego cercano a ellos (de manera paralela y aún no interactiva) y controla su cuerpo cuando recibe un “no” de las maestras, quedando menos irritada y más receptiva a la presencia de los otros. Alice está entrando en el mundo del “haz de cuenta”. Recientemente, cuando jugábamos con masa de modelar, dijo “pipa”, que por su gesto supuse que quería decir “pizza”; una nueva palabra que no vino a partir de la repetición inmediata del otro, sino de su mundo de representaciones. Y así jugamos por mucho tiempo a hacer pizza, poniendo tomates de masa de modelar y comiendo de mentira.

Apostar en la sumisión al lenguaje es ofrecer a Alice un más allá de la satisfacción de la necesidad. Poco a poco, ella percibe los efectos de estar sometida a la ley del lenguaje cuando, por ejemplo, me pongo a escuchar sus “no”. Escuchar esa fugaz entrada en el lenguaje coloca a Alice en un lugar diferente, como cuando una vez un niño se acercó para abrazarla y ella gritó “no!”. El niño me miró asustado y me dijo:

“no sabía que ella decía ‘no’”. Es justamente esa nuestra apuesta: que Alice pueda decir no a los goces invasivos de los otros y, así, pueda estar de un modo menos angustiante en el mundo.

Allí hay un sujeto al que buscamos acceder. No en el intento de encararlo como si fuera un enigma a ser descifrado, pero sí un enigma que pueda decirse, que pueda vivir a su modo en el mundo. Poner un poco de musicalidad y suposición en su habla claramente no es tarea fácil, pero lo que está en juego aquí es la invención de la gramática del imposible (Birman, 1997). Un enigma imposible rumbo a la palabra.

Bibliografía

Birman, Joel. (1997) Apresentação. In Paulina S. Rocha (org.). *Autismos*. São Paulo: Editora Escuta.

Cataão, Inês. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.

Jerusalinsky, Alfredo. (1997). *A escolarização de crianças psicóticas. Estilos da Clínica* (São Paulo), 2(2), 72-95. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v2i2p72-95> Consulta: 27 de julio de 2016.

Jerusalinsky, Julieta. (2006). O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. In: *Escritos da criança, nº 6*. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 163 – 178.

Kanner, Leo. (1997) Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In Paulina S. Rocha. (org.). *Autismos*. São Paulo: Editora Escuta.

Laznik, Marie-Christine. (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. Tradução: Monica Seincman. São Paulo: Editora Escuta.

Sereno, Deborah. (2006) Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. Revista *Psyche (São Paulo)*, 10(18), 167-179. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30701816>> ISSN 1415-1138. Consulta: 27 de julio de 2016.

La dimensión de cambio en la conceptualización del Acompañamiento Terapéutico

MARÍA GIRAUDO¹

La historia del acompañamiento está signada por constantes intentos de conceptualización. Desde la caracterización como agente de salud pasando por recurso clínico hasta llegar a concebirlo como dispositivo. Pareciera ser que hallar la respuesta a qué es el acompañamiento terapéutico aparece como una recurrencia que no deja de insistir. Las dificultades en relación a las visibilidades e invisibilidades que se producen al conceptualizar esta práctica han encontrado en la noción de dispositivo una inscripción que a la vez que conceptualiza, posibilita alojar sus variaciones sin poner en cuestión el concepto mismo.

Los dispositivos, entendidos como *“la disposición de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y conseguir un efecto”* (Agamben, 2005), responden a una demanda sociohistórica. Por lo tanto, reflexionar sobre sus transformaciones supone trabajar sobre el eje de lo temporal, para entender la articulación que se produce entre las condiciones de emergencia, la configuración actual y el porvenir. Proceso de historización que permite no sólo visibilizar los cambios, sino también identificar líneas de continuidad. La comprensión de la dinámica entre cambio y continuidad es fundamental para realizar una lectura del modo en que cada dispositivo, en este caso el AT, va insertándose en el terreno de lo social.

En su origen el acompañamiento se remonta a una práctica que, sustentada en miradas novedosas sobre el sujeto y los dispositivos clínicos para trabajar con el sufrimiento psíquico, fue teorizándose al compás de experiencias que inauguraron este nuevo campo de saber. Desde sus inicios, se configuró como una práctica compleja de

¹ Fundación Sistere. Docente en Universidad Católica de Córdoba. mariagiraudoz@gmail.com

múltiples dimensiones articuladas y aún actualmente su noción está en construcción.

El acompañamiento también es una especie de madera compuesta de fibras heterogéneas, desparejas. Un ovillo es algo que preanuncia más de un destino posible. Se presta, en cualquier caso a hacer algo con él. Un ovillo, por ejemplo, es un abrigo en potencia. Tiene por delante la posibilidad de transformarse en algo nuevo. Pero la trama de la malla no está en el origen, hay que tejerla. (Kuras y Resnizky, 2011, p25-26)

Si tenemos en cuenta que el modo en que el AT se originó y su particular flexibilidad han generado dificultades a la hora de conceptualizarlo, la reflexión constante sobre su devenir es fundamental para entender la complejidad de variables que se articulan en este dispositivo. Esto, especialmente respecto a los diversos efectos que los cambios sociohistóricos han producido en el mismo.

Se observa que si bien el acompañamiento surge aproximadamente hace cuarenta años, momento a partir del cual se ha desarrollado a un ritmo constante, es en la última década donde se produjeron mayores cambios en relación a la inserción social y a la construcción de saberes en torno al mismo. Estos cambios se enmarcan en las transformaciones inherentes al campo de la subjetividad, que a su vez propulsaron modificaciones en la clínica y por lo tanto en las estrategias terapéuticas; lo que implicó encontrar en el acompañamiento un valioso recurso en consonancia con teorías que cuestionan el aislamiento de los sujetos como forma de abordar la salud mental.

Esto implicó la proliferación de profesionales que trabajan como acompañantes, el incremento de aquellos profesionales o instituciones que incluye acompañantes en sus estrategias y la inserción en ámbitos anteriormente ajenos a esta práctica como lo son la educación y la justicia. Han contribuido a las dificultades de conceptualizar el AT estos cambios mencionados sumados a los encuadres diversos que se configuran y cambian en función de cada estrategia de intervención, conse-

cuencia de la particular atención de este dispositivo a la subjetividad y su inserción en la vida cotidiana de los acompañados.

En los espacios de formación se produjeron dos modificaciones principalmente, el incremento de la oferta en formación general y específica y también la diversificación de trayectos educativos e intereses de quienes concurren a formarse o, incluso, ejercen como acompañantes. Tal como lo señala Hermman(s.f),

la práctica del AT no se ha limitado a un área de conocimiento, lo que crea aún más confusión sobre la función clínica, una vez que es común ver a los estudiantes de medicina, educadores, terapeutas ocupacionales y otros profesionales del área de la salud involucrados con esta práctica, basados en la creencia de que se trata solamente de circular con un paciente psicótico en los espacios públicos y comunitarios. (p.2)

Paralelamente se fue produciendo una especificidad en la construcción de saberes sobre el acompañamiento, lo que aumentó significativamente el cuerpo teórico no sólo en cantidad, sino también en relación a la diversidad de teorías que inauguran una multiplicidad de miradas sobre este campo. En este contexto la adaptación de este dispositivo a teorías clínicas ajenas al marco teórico en el que se originó, produjo en algunas situaciones la inclusión del acompañamiento en estrategias terapéuticas con propuestas estandarizadas y consecuentemente estandarizantes. Al decir de Pulice (2012) se produce cierta “*confrontación entre una orientación clínica sostenida en la estandarización y generalización de los conocimientos, los métodos y los objetivos terapéuticos, por un lado; y, del otro, aquello que desde Freud denominamos una clínica del caso por caso*” (p.349)

Aquí el cambio no se manifiesta en la modalidad que adquiere el dispositivo (encuadre o ámbito de inserción) sino que aparece en relación al tipo de subjetividad, vinculada al sostenimiento de la marginalidad y la pasividad, que se promueve desde la posición del acompaña-

ñante. De modo que el acompañamiento se convierte en una estrategia preestablecida que se reproduce en cada caso, independientemente de la subjetividad del paciente, es decir que tal como lo plantea Leonel Dozza se sostiene una postura psiquiatrizante por más que se esté con el paciente en la vida cotidiana.

Tal como se mencionó anteriormente, todos estos cambios han significado un desafío respecto a los intentos de cercar teóricamente al acompañamiento terapéutico, ya que dificultan la diferenciación entre las transformaciones inherentes a lo sociohistórico y las que modifican aquellos aspectos que lo definen como tal. En este contexto y partiendo de la noción de que todo dispositivo gestado en lo social es histórico y responde a una determinada demanda, al decir de Foucault “...por dispositivo, entiendo una especie -digamos- de formación que tuvo por función mayor responder a una emergencia en un determinado momento.”(1977, *dits et écrits*, 3, 299), visibilizar y diferenciar las trasformaciones devenidas a lo largo del tiempo en el dispositivo de acompañamiento se torna necesario para delimitarlo teóricamente.

Al respecto Susana Kuras (2011) postula:

La historia del acompañamiento fue construyendo un cuerpo teórico, una técnica, instituciones asistenciales, espacios de formación y leyes que regulan su ejercicio. Pese a la enorme variación y diversidad que plantea en la práctica clínica, en todas las categorías nosográficas, y en todas las edades de la vida el ejercicio del acompañamiento está atravesado por algunas marcas que la definen (p.18)

Es decir que para responder a la pregunta de qué hablamos cuando hablamos de acompañamiento, es necesario visibilizar estas marcas definitorias a partir de discernir entre aquello que se modifica en función de lo histórico para poder intervenir en la clínica actual y lo que hace a los aspectos nodales de este dispositivo y, en tanto tal, trascienden lo histórico social.

En función de lo antedicho se puede identificar tres dimensiones implicadas en los cambios mencionados cuyo discernimiento resultará esclarecedor para comprender qué es el AT, más allá de sus modificaciones en el tiempo. Estas dimensiones son:

1. Los cambios inherentes a todo dispositivo inserto en lo social.
2. La particularidad específica del acompañamiento de modificarse en función de la singularidad de cada estrategia (en cuadre y ámbitos de inserción).
3. La inclusión del acompañamiento en prácticas clínicas cuyas líneas teóricas difieren y/o se contraponen a los sustentos teóricos en los que se originó.

Las dos primeras dimensiones responden a modificaciones ligadas a la subjetividad, es decir a lo sociohistórico, mientras que la tercera impacta en la propia conceptualización del acompañamiento terapéutico. Ya que, como se mencionó con anterioridad, se intenta adecuar este dispositivo a prácticas clínicas que se contraponen con aspectos teóricos estructurales respecto a su conceptualización.

Es por ello que, comprender esta diferencia es fundamental para quienes trabajan en el campo del acompañamiento terapéutico; para lo cual resulta esclarecedora la diferenciación que postula Silvia Bleichmar entre producción de subjetividad y constitución psíquica:

La producción de subjetividad es del orden histórico, social y político: alude a los modos en que cada sociedad determina las formas con las cuales un sujeto se constituye como sujeto social y se inserta en el mundo que le toca vivir. La constitución del psiquismo, por su parte, intenta cercar un conjunto de variables que implican cierta universalidad, cuya permanencia se sostiene más allá de ciertos cambios en la producción de sujetos históricos. (2006, p83)

Si bien la autora no habla específicamente de acompañamiento, da cuenta de la importancia de depurar de su teorización la impregna-

ción histórica de aquellos núcleos teóricos fundacionales cuya modificación transformaría el concepto mismo.

Esto supone que más allá de las transformaciones inherentes al acontecer histórico, como son los cambios en la subjetividad que implican nuevos modos de intervenir en la clínica y por lo tanto modificaciones en cómo se configura el dispositivo, existen ciertos aspectos que son estructurales en tanto constituyen las coordenadas teóricas en las cuales se originó el AT y por lo tanto lo definen. Estos aspectos, tal como lo especifica Silvia Bleichmar (2006), son aquellos que están en relación a la constitución del psiquismo y se enmarcan en una concepción de sujeto entendido como producto del contacto humanizante con el otro y determinado por su inconsciente. Es decir, que la concepción de sujeto producido socialmente y la concepción de salud que de esta se deriva, son aspectos fundamentales para que un **acompañamiento devenga terapéutico**, independientemente de la modalidad que este dispositivo asuma en cada intervención.

Por lo tanto la proliferación de ofertas de formación, de enfoques teóricos y de contextos de inserción, requiere de una mirada cuidadosa capaz de dilucidar la funcionalidad de este dispositivo a propuestas terapéuticas tendientes la disolución de los síntomas, para la integración de los sujetos al status de normalidad imperante. Ya que, como lo plantea Élisabeth Roudinesco:

La era de la individualidad sustituyó así a la de la subjetividad (...) Es la inexistencia del sujeto la que determina no sólo las prescripciones psicofarmacológicas actuales, sino también las conductas ligadas al sufrimiento psíquico. Cada paciente es tratado como un ser anónimo perteneciente a una totalidad orgánica. Inmerso en una masa donde cada uno es la imagen de un clon (...) De allí una concepción de la norma y la patología que reposa sobre un principio intangible: cada individuo tiene el derecho, y por lo tanto el deber, de no manifestar más su sufrimiento, de no entusiasmarse por el menor ideal a no ser el del pacifismo o el de la moral humanitaria (2013: 16-17)

Vemos así que, si bien el acompañamiento se originó como una alternativa a los tratamientos que reproducían una lógica desubjetivizante, corre el riesgo convertirse un objeto más de consumo y ser utilizado para la normalización subjetiva.

Es por ello que se torna necesario problematizar teorías y sus consecuentes prácticas, en pos de construir una mirada crítica respecto a los saberes que circulan y se trasmiten en relación al acompañamiento. Esto es fundamental cuando invisibilizan que se trata de un campo complejo que se configura como un espacio a construir al ritmo de la particularidad que reviste cada caso. Al respecto Leonel Dozza (2012) plantea que al ser una práctica relativamente joven se trabaja desde una precariedad teórica, que provoca que las intervenciones se encuentren polarizadas entre intervenir desde “la institución y la espontaneidad cotidiana” o la utilización de esquemas teóricos de referencia que convierten la práctica en la transposición de estos encuadres a la vida cotidiana. “Es aquí donde el acompañante terapéutico puede convertirse en una especie de pseudo-psicoanalista ambulante o reproducir dinámicas pedagógicas tipo entrenamiento en habilidades sociales” (p87)

En función de lo antedicho, lo respectivo a la posición del acompañante adquiere un lugar central para conceptualizar al AT, en tanto refiere a un marco teórico-ético superador de la transposición de encuadres que fueron teorizados para otros dispositivos, así como de propuestas terapéuticas tendientes a la normalización subjetiva. Es decir, una posición teórica que sustenta una determinada **concepción de sujeto**, y que a su vez conlleva una posición ética. Entendido en este sentido, independientemente del ámbito o la estrategia, la posición que asuma el at es lo que posibilita que un acompañamiento devenga terapéutico.

Entonces, más allá de las transformaciones históricas del dispositivo, las intervenciones cobran sentido terapéutico cuando en primer lugar se realizan en relación a un sujeto que es siempre entendido como producto del vínculo con el otro y determinado por su inconciente. Y en segundo lugar se enmarcan en una postura ética en el sentido que le otorga Silvia Bleichmar “*La ética siempre está basada en el principio del*

semejante, es decir en la forma con la que yo enfrento mis responsabilidades hacia el otro. La ética consiste en tener en cuenta la presencia, la existencia del otro” (2008:28).

En este sentido, acompañar terapéuticamente implica posicionararse en un entramado en el que se conjugan saberes, experiencias, situaciones y modalidades vinculares que, en sus diversas y singulares articulaciones, conforman un espacio-sostén para habilitar la emergencia del sujeto. *“Es decir que, más allá de adaptar y normalizar la conducta del paciente, nuestra labor debe contribuir a que el mismo encuentre espacios y modos de insertar su singularidad en lo social”* (Tarí y Dozza, 1995-96: 39)

De este modo es una apuesta a la construcción de una posición que, fundamentada desde la ética del psicoanálisis, *“nos impide considerar la enfermedad, la locura, como lo que colocaría al ser humano fuera del devenir sujeto. Por ello, la ética psicoanalítica plantea pensar el sufrimiento psíquico como un proceso singular e individual que impide o exalta, según sea el caso, este devenir y no como algo que hay que sacarle al paciente”* (Gómez, M 2004:5)

Comprender y sostener la complejidad del acompañamiento es fundamental para evitar reducirlo a una técnica de intervención que prefijada es posible reproducir en cada caso, ya que tal como señala Mariana Gómez *“...las cuestiones técnicas, son siempre cuestiones éticas, y esto es por una razón muy precisa, porque se dirige a un sujeto y este no puede ser colocado sino en una dimensión como esta.”* (2004:5)

Asumir esta posición implica un miramiento por la singularidad subjetiva y requiere, más que una serie de técnicas estandarizadas, una postura que interpele la propia subjetividad y problematice el sentido de nuestras intervenciones, en pos de construir un dispositivo que posibilite el despliegue del padecimiento psíquico de cada sujeto para acompañarlo a habitar su modo singular de estar en el mundo.

Bibliografía

Agamben, G. ¿Qué es un dispositivo? (2005). Conferencia UNLP. Recuperada de <http://libertaddepalabra.tripod.com/id.html>

Bleichmar, Silvia. (2004). De qué hablamos cuando hablamos de subjetividad. *Revista Topía*, págs. 6-7.

Bleichmar, Silvia (sf). Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo Recuperada de: www.silviableichmar.com

Bleichmar, Silvia. (2006). *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires: Paidós.

Gómez, Mariana. (2004). Práctica del psicoanálisis y posición ética. *Aesthethika, Revista internacional de estudio e investigación interdisciplinaria sobre subjetividad, política y arte*. (pág. 5). Recuperada en: www.aesthethika.org

Hermann, Mauricio. (sf). La clínica del acompañamiento terapéutico. *Letra Urbana Revista Digital*. Edición 14. Recuperada en <http://letraurbana.com>

Kuras de Mauer, Susana. (2011). *Acompañamiento terapéutico, su valor como dispositivo*. Recuperado en: www.imagoagenda.com

Kuras de Mauer, Susana y Resnizky Silvia. (2011). *El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.

Pulice, Mauricio. (2012). Acerca de la especificidad del acompañamiento terapéutico. En Chevez, A. (coord.) *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid: Grupo 5.

Roudinesco, Elisabeth. (2013). La derrota del sujeto. En *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.

Tarí García, Antonio y Dozza de Mendonca, Leonel. (1995-96). Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización. En *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*. Recuperado en www.aera3.org.es

Andanzas por los diferentes tiempos del Acompañamiento Terapéutico: una experiencia en formación¹

**VERÔNICA DA SILVA EZEQUIEL²
ANALICE DE LIMA PALOMBINI³
VERA LÚCIA PASINI⁴**

Introducción

El trabajo que sigue fue escrito con base en la experiencia de pasantía junto al Proyecto de Extensión Acompañamiento Terapéutico en la Red Pública – AT en la Red, de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul.⁵ A partir del cuestionamiento acerca de las marcas dejadas por esa experiencia en el proceso de formación en Psicología, el trabajo tiene como hilo conductor la temática del tiempo. Es, por lo tanto, a partir de ese punto que las reflexiones aquí contenidas se orientan para pensar de qué manera esa experiencia de pasantía puede haber sido transformadora en el recorrido hacia la graduación en Psicología.

¹ Trabajo presentado en Mesa de Trabajos Libres. Premio Federico Manson 2015.

² Psicóloga egresada de la UFRGS. veronica.ezequiel@ufrgs.br

³ Docente en la Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. UFRGS analice.palombini@gmail.com Coordinadora del Proyecto de Extensión Acompañamiento Terapéutico en la Red Pública – ATenlaRed UFRGS.

⁴ Docente UFRGS, coordinadora adjunta del Proyecto de Extensión Acompañamiento Terapéutico em la Red Pública – ATenlaRed UFRGS. verapasini@gmail.com

⁵ El proyecto ATenlaRed, vinculado al Instituto de Psicología de la UFRGS desde 1998, opera como proyecto de enseñanza, investigación y extensión en torno de la práctica del Acompañamiento Terapéutico (AT). En colaboración con servicios de asistencia social, salud y justicia del municipio, acoge demandas oriundas de esos servicios, con los cuales mantiene una interlocución, en el sentido de abrir espacios para la discusión de los casos propuestos para AT. El proyecto está compuesto por pasantes de psicología, extensionistas, residentes de salud mental colectiva y maestrandos de psicología y áreas afines. Cuenta con un espacio semanal de supervisión en la universidad y prevé la participación en reuniones de red y con los equipos de los servicios que colaboran.

Andanzas por los diferentes tiempos del AT⁶

En el ensayo *La nave del tiempo rey*, Peter Pál Pelbart relata que, según la tradición talmúdica, fueron necesarios veintiséis intentos antes que la creación del mundo se concretizara. Habrían sido necesarias varias experimentaciones y el enfrentamiento de innumerables fracasos hasta que, de hecho, fuese posible la construcción del mundo. El autor sugiere que el éxito fue consecuencia, en gran parte, del deseo de Dios durante esos intentos. Al proferir la frase “Ojalá se sostenga”, Dios habría hecho una apuesta deseante en la creación del mundo. El autor hace, a partir de eso, un paralelo con el trabajo en salud mental:

Os loucos, na sua fragilidade e inconsistência, com sua origem turva e nebulosa, num processo constante de reconstrução a partir dos destroços anteriores, também precisam, para sustentar-se, de muita engenhosidade, acaso e amiúde uma boa torcida desejante. Não a torcida vinda da voz cavernosa de um Deus mandão, mas aquela que nós podemos oferecer a partir dos dispositivos os mais diversos que conseguimos colocar à sua disposição para favorecer-lhes essa consistência e sobrevivência, ainda que incertas. Trata-se dos dispositivos institucionais, jurídicos, sociais, clínicos, expressivos, de escuta, até mesmo os medicamentosos, passando todos eles pelas modalidades mais diversificadas de encontro. Mas nunca nada está dado de antemão e o futuro jamais está garantido, 26 tentativas podem ser pouco para um louco, e frequentemente dez vezes isso ainda é insuficiente. (Pelbart, 1993, p. 31)⁷

⁶ A lo largo del artículo, designaremos por AT el acompañamiento terapéutico y por at al acompañante terapéutico.

⁷ NT: “Los locos, en su fragilidad e inconsciencia, con su origen turbio y nebuloso, en un proceso constante de reconstrucción a partir de los destrozos anteriores, también necesitan, para sostenerse, de mucho ingenio, acaso y a menudo una buena hinchada deseante. No la hinchada que viene de la voz cavernosa de un Dios mandón, sino aquella que nosotros podemos ofrecer a partir de los dispositivos más diversos que conseguimos colocar a su disposición para favorecerles esa consistencia y sobrevivencia, aunque sean inciertas. Se trata

El trabajo de escucha al que nos dedicamos como psicólogos lida apenas con lo que puede ser previsto o anticipado. Sabemos que, siempre que sea necesario, debemos tener en cuenta las cuestiones diagnósticas, ya sea para estar atentos a las necesidades de aquel que está bajo nuestro cuidado o para que podamos dialogar mejor con los demás profesionales de la salud implicados en el caso. Mientras tanto, la escucha escapa de aquello que puede ser anticipado y, aún al hacer una intervención, es en otro tiempo, *a posteriori*, que sabremos, en alguna medida, sobre los efectos que fueron producidos. En ese proceso, movidos por una apuesta en el sujeto que nos confía su sufrimiento, no desistimos y no confundimos el tiempo del sujeto con inercia. Al respecto del tiempo, Pelbart afirma:

É preciso dar tempo a essa gestação com que se confronta a loucura, a essas tentativas, a essa construção e reconstrução, a esses fracassos, a esses acasos. Um tempo que não é o tempo do relógio, nem o do sol, nem o do campanário, muito menos o do computador. Um tempo sem medida, amplo, generoso. (Pelbart, 1993, p. 32).⁸

La pasantía ofrecida por el proyecto de extensión AT en la Red permite una experiencia radical frente al tiempo. La ciudad, vista como un dispositivo de intervención, puede en un primer momento, estar excluida (en los casos en que, más allá de una mejor circulación por la ciudad, el acompañado necesita de ayuda para conseguir salir de la casa) y, en esta situación, llevamos la ciudad hasta aquel que se encuentra recluido. Cargamos en el propio cuerpo la ciudad y, para eso, somos confrontados con nuestros miedos y limitaciones. Si aquel

de los dispositivos institucionales, jurídicos, sociales, clínicos, expresivos, de escucha, hasta los medicamentosos, pasando todos ellos por las modalidades más diversas de encuentro. Pero nunca nada está dado de antemano y el futuro jamás está garantizado, 26 intentos pueden ser poco para un loco, y frecuentemente eso diez veces aún es insuficiente.”

⁸ NT: “Es necesario dar tiempo a esa gestación con que se confronta la locura, a esos intentos, a esa construcción y reconstrucción, a esos fracasos, a esos acasos. Un tiempo que no es el tiempo del reloj, ni del sol, ni del campanario, mucho menos el de la computadora. Un tiempo sin medida, amplio, generoso.”

que escuchamos se mueve en otro tiempo, nosotros también, en la experiencia del AT, necesitamos habitar un tiempo diferente. Tiempo de repensar cómo la ciudad nos habita, tiempo de reflexionar sobre qué ciudad es esta que cargamos con nosotros y que podemos ofrecer a aquel a quien acompañamos y que se encuentra excluido de la circulación por su barrio, por su calle.

Al respecto, cabe aquí relatar brevemente un episodio que sucedió durante un acompañamiento. Se trata del caso de Pedro, joven de diecinueve años, que no salía de la casa hacía cuatro años.

Un día, en el trayecto hasta la casa de Pedro, la pasante vio una inscripción en un muro: “si yo temiese a la muerte, yo no saldría de mi cuarto”¹. En el encuentro siguiente la pasante comenta con Pedro sobre haber visto algo interesante en su calle, que había fotografiado y le gustaría mostrárselo.

Pedro mira la fotografía y pide que la inscripción en el muro sea leída en voz alta. La lectura de la frase impacta en Pedro de forma inesperada. Él se desasosiega, y sucede el siguiente diálogo:



- ¿La muerte, Verónica... la muerte?
- Sí... es lo que estaba escrito. ¿En qué te quedaste pensando?
- Que tiene la muerte y tiene miedo, y yo siento miedo algunas veces, mucho miedo de los monstruos, de los monstruos que salen debajo de mi cama a la mañana cuando aún está oscuro, yo tengo miedo.
- ¿Me querés hablar de eso, de los monstruos?
- No, no quiero.
- Es así... todo el mundo tiene miedo de alguna cosa.
- ¿Vos también tenés miedo, Verónica? ¿Tenés miedo de qué?
- Bueno... yo le tengo miedo a las cucarachas.

Pedro lo considera gracioso. Al final del encuentro dice: “Quiero

salir ¿Salimos un día a tomar un helado?”. La fotografía de la pared y su inscripción desestabilizaron a Pedro, y fue posible, en aquel momento, percibir en toda su extensión su fragilidad psíquica.

¿Podrían, acompañante y acompañado, haber compartido en alguna medida, en aquella ocasión, el mismo tiempo? La inscripción en la pared, que movilizó a la pasante, lo hizo porque, entre otras razones posibles, la colocó delante de sus propios temores, una vez que ella, en algunas ocasiones, temió por su seguridad al circular por el barrio en que Pedro vive. Al ver la inscripción en el muro, la pasante fue confrontada con la idea de que, si el temor a la muerte fuese insuperable, ella no saldría de su cuarto. Salir de su cuarto, de su casa, de su barrio, del tiempo del reloj y de la computadora, para circular por el barrio de Pedro y entrar en su casa, podría significar la apertura para experimentar a su lado un otro tiempo: el tiempo de la psicosis. Tan imprevista cuanto la desorganización inicial de Pedro al ver la fotografía, fue el desenlace de esa conversación, con la propuesta hecha por él de salir junto con la *at* a la semana siguiente.

Tal imprevisibilidad en el trabajo del AT nos reporta a la concepción de amistad que permea la relación entre acompañante y acompañado, definida, por Derrida, como celebración de la diferencia. Es una amistad “marcada por la inconstancia e imprevisibilidad, abierta, por lo tanto, a lo nuevo y la invención” (Palombini, 2009, p.302). Así, el muro, la muerte y el miedo compartidos en aquella tarde soleada produjeron efectos y dejaron marcas que favorecieron las condiciones para que algo nuevo se produjese.

Aliada a la noción de amistad, esa apertura al encuentro con el otro nos remite también al concepto de confianza traído por Sade, Ferraz y Rocha en el texto “El *Ethos* de la Confianza en la Investigación Cartográfica”. En ese escrito, los autores explican que “el *ethos* de la confianza tiene el sentido de la apertura a un plano de la experiencia y del aumento de la potencia de actuar” (2013, p. 283).

Podemos entender con eso que la apertura al plano de la experiencia a la cual los autores se refieren debe ser vivida por todos los sujetos involucrados en el encuentro (en el caso del AT, por el acompañante y el acompañado). Si una de las partes involucradas no está abierta a ser

afectada por la experiencia, podemos suponer que allí la confianza no producirá sus efectos y, así, el encuentro perderá su potencia.

Aún pensando en la situación específica del AT, podemos imaginar que las intervenciones podrían fácilmente adquirir un carácter moralista o pedagógico. Si el trabajo del at concentrarse sus esfuerzos por convencer al acompañado a salir de casa, sea porque tomar sol hace bien a la salud o porque caminar y ver personas es algo saludable, posiblemente el encuentro estaría marcado por el estancamiento, por la inercia.

Sade, Ferraz y Rocha agregan que “encontramos en la palabra confianza – con fiar⁹– hilar con, tejer con, composición y creación con el otro” (2013, p. 283). En este sentido, podemos pensar que existe confianza cuando hay disponibilidad para una creación conjunta que se hace a partir del encuentro y que, por lo tanto, no está dada *a priori*. Así, podemos pensar que el imprevisto compone el escenario del AT y puede servir de instrumento para que lo nuevo se produzca.

En uno de los últimos encuentros con la *at*, Pedro pidió ver un capítulo del “Pájaro Loco” en el celular. Ese día, estaba particularmente ansioso y tomado por la angustia, habló de lo nervioso que estaba y contó episodios en que fue agresivo con sus familiares. Mientras veía el capítulo, Pedro habló sobre su infancia. Contó que jugaba a la pelota, que salía a la calle e iba a la escuela en micro escolar. Fueron seis minutos del capítulo de un dibujo animado, durante los cuales Pedro habló sobre varias vivencias de su infancia: “yo jugaba con mi hermana, mi hermano era bebé y yo ayudaba a cuidarlo, yo jugaba allá fuera... estaba muy bueno”. Al finalizar el capítulo, Pedro dijo: “muchas, muchas gracias, fue bueno ver ese dibujo”.



⁹ NT: en portugués *fiar* significa hilar.

Lo dicho por Pedro al finalizar el dibujo animado recuerda la forma como él agradeció a la *at* después de haber salido a tomar helado. De esa forma, podemos pensar que, tal vez, la intensidad de haber salido después de cuatro años de reclusión era la misma que él experimentó cuando, a propósito de ver un dibujo animado, Pedro revisita su infancia.

En este sentido, parece que, cuando ocupamos el lugar de escucha, nos proponemos transitar de un tiempo a otro: del tiempo de la inscripción en el muro al paseo para tomar helado, del tiempo de un capítulo de dibujos animados a las vivencias de la infancia. Nada de eso puede ser previsto. Ocupar el lugar de escucha es habitar el tiempo que puede ser forjado a partir del encuentro o, más que de eso, dejarse habitar y sorprender por el tiempo del otro.

Consideraciones finales

La experiencia en el **AT** en el recorrido de la graduación fue una oportunidad transformadora. La apertura al encuentro con el otro sin la protección de un *setting* o de una institución físicamente configurada nos hace poner en cuestión nuestra capacidad de lidiar con la escucha para la cual nos venimos preparando durante la formación.

Si, como psicólogas, más allá de aquello que podemos anticipar o prever, pretendemos buscar lo que hay de singular, de único, en un caso, creemos que **es** a partir de esa singularidad que nos debemos dejar conducir. De esa forma, habitar diferentes tiempos y permitirnos ser afectados por esas movilizaciones puede ser una buena estrategia para alcanzar ese objetivo.

Referencias

Palombini, Analice de Lima. (2009). Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal, Revista de Psicologia*, v. 21, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000200008&lng=en&nrm=iso

Pelbart, Peter Pál. (1993) A nau do tempo rei. In: _____. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura* (p. 31-46). Rio de Janeiro: Imago.

Sade, Christian., Ferraz, Gustavo Cruz., Rocha, Jerusa Machado. (2013) O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. *Fractal, Revista de Psicologia*, , v. 25, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000200005&script=sci_arttext>

Texto traducido por Santiago Gomez
santiagomgomez@gmail.com

Capítulo 3

Fronteras/ Abordajes e inserciones del AT

Unid lo que es completo con lo que no es, lo concordante con lo discordante, lo que está en armonía con lo que está en desacuerdo.

Heráclito.

¿Cuántas edades hay?

JORGE PELLEGRINI¹

Escribo esto casi un año después de haberlo dicho. Se trata, entonces, de una reconstrucción; una apelación a la memoria

¡Nada menos que para escribir sobre la “tercera edad”, la llamada edad de la desmemoria!

Aquí me visitan imágenes de Borges y su “*Libro de arena*”, donde el bibliófilo del cuento – deslumbrado- ve crecer las páginas de “*Las mil y una noches*”, cada vez que la relectura y las evocaciones nocturnas engrosan hasta el infinito el número de hojas impresas. No será este el caso, sin duda.

“**Tercera edad**”. Me sugirió este título la tarea de muchos a que trabajan en dicho campo. Tercera edad. ¿Cuáles son las dos anteriores?

Supongo que arrancamos con la niñez, la que - según consideran quienes afirman los derechos del niño - llega hasta los 18 años. Siempre me pareció que, aun siendo necesaria aquella afirmación, deja a la niñez subsumida en una época florida, cambiante, llena de ondas, a la que conocemos como Adolescencia. Sobre ella aparecieron cataratas de publicaciones hace sesenta años. ¿Qué pasa ahora?

Es más lo preguntado que lo afirmado, pero ya nos es carne que las preguntas las contesta el que las hace (aún sin saberlo).

Supongo que luego estaría la adultez. ¿Es la segunda o la tercera época de nuestras vidas? ¿La adultez de los treinta es la adultez de los sesenta? Parecería, entonces, que la mayor parte de nuestra existencia somos adultos. ¿O es esto resultado del progresivo crecimiento de las expectativas de vida, que hoy nos ubican en los setenta y pico de años?

¹ Director del Instituto de Estudios Sociales y Psicosociales de la Punta, San Luis. Miembro Honorario de AATRA (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina). Autor de libros sobre AT. pellegrini.jorge@gmail.com

(un pico amplio para los que tienen condiciones favorables de vida)

De modo que las matemáticas vuelven a no llevarse bien con la biología humana, y con los criterios de maduración, crecimiento, y evolución.

Tenemos una verdadera obsesión por seriar o fijar periodicidad al fenómeno humano. Sumado esto a un culto a la juventud, a la novedad y al presente perpetuo. Conformamos una sociedad que se desinteresa de lo pasado, de su propia historia, y concibe la actualidad como producto del momento en que “yo naci”. La historia empezó conmigo. O con nosotros. Mientras tanto los ancianos que verdaderamente la portan en la familia o en el círculo social, tienen escaso, descalificado, nulo lugar.

A tal punto que la “tercera edad” es un cajón de sastre donde van a parar épocas, períodos, momentos de origen y calidad imprecisos. A la vez, la realidad nos muestra hoy seres humanos viejos, de setenta u ochenta años, productivos, creativos, físicamente identificados cuando se les dice *“pero, ché; qué bien se te ve!”* Es decir: su imagen no se condice con la que se espera encontrar en la “tercera edad”. Se comenta: “todavía está lúcido”, “todavía produce”, “todavía funciona”. Se está diciendo que “todavía vive”. O sea: contrario a lo esperado y esperable, vive de un modo que no encaja con un **final por etapas**.

Se mira a los viejos desde una cima en la que se contempla el fatal plano inclinado de su decadencia. Esos viejos no son. Fueron. Su presente es juzgado por lo que antes fueron y ahora no son. No tienen presente; son un pasado. La palabra **“todavía”** se antepone en muchos casos para hablar de ellos: Todavía lee, todavía camina, todavía se las arregla. O, también, marcando que la regla se cumple, se dice: **ya** no camina, **ya** no lee. El “todavía” deja su lugar al “ya”. En algún lado impreciso está indeleblemente escrito que YA sucede lo esperado. Nos recuerda a las reglas de hierro propias de esa psicología evolutiva suprahumana, normadora, definiendo lo que YA debe suceder o TODAVÍA no es esperable. Un dogma que nos borra la diaria realidad vital.

Se pierde de ese modo lo principal en el transcurrir del viejo: sus nuevas habilidades. Sus actuales proyectos. Sus cálculos de futuro. No se tiene en cuenta que sus recuerdos no son sólo miradas al pasado

sino también apuntalamientos de sabiduría capaces de mostrar cómo sucedieron las historias, o dónde están los lugares en que se abandonaron errores hoy en peligro de reeditarse. Cuando un viejo cuenta no está sólo refiriendo recuerdos: está nombrando puentes que llegan hasta el presente. Está relatando – otra vez – la maravilla de Hansel y Gretel. Un AT no puede dejar que se endurezcan esas migas frescas de pan. Puede paladarlas junto con el viejo.

Frente a un niño que acabó de hablar con su piloto de naves espaciales resulta tosco decirle que esos aeronautas no existen. Los adultos sabios navegan con ellos.

Frente al viejo que vuelve a contar repetidas ensoñaciones un AT no puede ser inspector exigiéndole el boleto del viaje para no pescarlo en infracción. Quizás oficial de copiloto comprendiendo que eso es, y no que aquello fue. Que si va a acompañar al viejo tendrá que pasar por los recorridos que él hace.

Vengo hablando –escribiendo- de vejez, de viejo. Uno y otro término se corresponden. ¿Cómo podría hablar yo de “tercera edad” sino hay sustantivo que se le corresponda? ¿Qué denominación humana es armónica con “tercera edad”?

“*Gris es toda teoría. Verde es el árbol de la vida*” nos enseñaba Goethe.

Esto me rondaba cuando la invitación de **Isabela** me lanzó a un ruedo maravilloso. Debía ir a esa reunión de abuelos con sus nietos para contar cómo jugábamos de niños. Siempre se tiene el horror al ridículo de viejos abandonando la naftalina. Sin embargo, cualquier cosa menos fallarle a Isabela. La Isa. Mi nieta y su escuela

Éramos una veintena de abuelos sentados contra las paredes del aula. Los nietos en el suelo. Encantados. Y los docentes erguidos haciendo de bastoneros. Septuagenarios con niños y adultos. Algún intelectual de escritorio mostraría el álbum de las “edades”.

Un coetáneo metió mano en el bolsillo y sacó bollitos de papel e hilo poniendo la lengua para el costado. Calzóse las gafas y arremetió con silencioso afán. Me era familiar su apronte: construiría una pelota de papel. Pero luego – de otro bolsillo clandestino – emergió una media.

Esto iba en serio: una pelota de trapo vería la luz. El emprendimiento solitario fue rodeado por nietos deslumbrados que le atrapaban las manos con la mirada.

En otro lugar – también sentada contra la pared –una abuela iniciaba el “**antón pirulero**”. Cada cual atiende su juego. En un periquete, la sinfónica imaginaria de nietos inventaba pianos, violines, tambores. Entre ellos, mezclados, nosotros. Los chicos nunca habían jugado ese juego

Cuando la pelota de trapo comenzó a rodar exigió su cancha. Como estábamos en el aula, corrí las mesas y pupitres para dibujar el campo de juego.

“Señorita: por favor, una tiza”

Propio de tercera edad. Claro: es cosa de viejo pedir una tiza en las épocas de la Informática - WiFi – internet - tercera edad (¿por la “tercera es la vencida”?) Pero resultó ser la primera gran hazaña y conquista: una maestra debió correr incomodada (*“en este establecimiento no hay tizas”*) Regresó triunfante (los adultos jóvenes de hoy SIEMPRE triunfan) pues había logrado encontrar – en la Dirección - nada menos que ¡UNA TIZA ! El trofeo me fue entregado en custodia.

Acometí la aventura de dibujar la cancha en el piso del aula

“¡¡ Quééé va-a- hacer, señorrrr !!”

Mis explicaciones balbuceantes encontraron la norma correspondiente: *“Jugar, se juega en el patio”*

Mes de agosto. Invierno. Jugar bajo cero. Pues no: los viejos exigimos el aula. En el rectángulo del piso dos de un lado, dos del otro. 300 años de vida argentina en la cancha. Nos dimos mutuas garantías para jugar limpio. Los chicos gritaban cada “jugada” y nos pedían que los pusiéramos en uno u otro equipo, tras la pelota de trapo recién fabricada.

Ya las del Antón pirulero estaban penándose con sus correspondientes prendas. Los nietos nos preguntaban si era cierto que habíamos jugado a estas cosas tan divertidas que ellos estaban aprendiendo. Y el hoyo-pelota. Y la librada Y el huevo podrido. Y el anillito.

Una piba de mi edad – también Abuela ella – dijo: *“Hoy los chicos no construyen los juegos: los compran hechos”* Y otro veterano dijo

“No, doña. Nosotros se los compramos” Claro, tenía razón. Nosotros **se los compramos**, y nuestros nietos los consumen

Y ahí recordé que en nuestra niñez, nosotros hacíamos nuestros juegos o juguetes, descalificando a los amigos cuyos padres se los compraban. *“No sabés hacer un barrilete”* equivalía a aplazo en la vida. Éramos productores, y desvalorizábamos a los que adquirían todo ya hecho. Socialmente **producir** resultaba lo valorado, lo impulsado. Las madres celebraban que el novio de la hija fuera “trabajador” o “estudioso”. Esto le daba “porvenir”

En épocas en que el **consumo** es sinónimo de logro social (y hasta político), los consumidores ocupan el centro de la escena. Así resultan también ser los consumidores nuestros pacientes más en boga, los que más visibles resultan. Los que se ven más que los 14 millones de pobres. Son más noticia. Tienen más prensa (siempre y cuando se aborde el consumo adictivo de sustancias como un “problema de ellos” y no como un espejo social).

Este desencuentro intergeneracional en épocas de “grietas” inducidas (y profundizadas por esa inducción), confronta historias culturales, procesos identificatorios y evoluciones personales que pueden dejarnos perplejos. Y suele hacer de esa confrontación un dilema de enfrentamiento violento. Un paso de ruptura

Aquel día de abuelos y nietos en la escuela, en un momento dado, a más de una hora de encuentro, una de las dos maestras (únicas personas que permanecían de pie en el medio de la sala) advirtió el bullicio de los niños, incluyendo el de los septuagenarios.

“Niños: si no guardan silencio, yo les pediré a los abuelos que se vayan” Si algo faltaba para considerarnos paquetes de desván, esa afirmación logró despejar toda duda. Nos “traían” o nos “sacaban” No estaba en el cálculo que pudiéramos conversar el tema.

“Ni sueñe que nos vamos a ir. A nosotros nos avisaron nuestros nietos” El lugar era ese aula de ellos, donde jugábamos, donde los chicos vieron otros viejos distintos, que no tenían miedo de meter el dedo en la compu. Hablo de esa pantalla donde los nietos parecen reinar, consumiendo juegos que otros programan y en la cual – consumiendo –

no aprenden a fabricar sino a recorrer técnicas dadas. Compradas, como decía mi colega de esa mañana.

A las dos horas los niños nos llevaron al patio principal de la escuela. Todos tenían que vernos. Apareció la ronda del puente de Avignon (o sea: el puente de “avellón”) Los demás docentes y alumnos nos miraban con agrado o extrañeza. Los viejos nos despedimos en la puerta, hasta donde nos llevaron nuestros nietos.

San Luis es ciudad chica: luego me llegaron los relatos de los niños en sus casas. “*Ché ; Qué pasó?*” Algo novedoso, sin duda. No les habíamos comprado los juguetes. Los habíamos compartido mostrándoles cómo hacerlos, usándolos juntos. “*Si los jóvenes supieran y los viejos pudieran*” dice el refrán. Hubo dos horas en que encontramos una ronda con el camino posible.

Hacemos – por decenas – seminarios referidos al modo en que los sucesos históricos y sociales concretos generan subjetividad. Pero nos cuesta ver esto en lo clínico y en lo cotidiano. Repetimos palabras secándolas de su savia humana. **Consumo, consumidores** son de ese repertorio. Y con ello también se nos escapa el cambio vivido en un país cuyo lema era “*producir, producir y producir*” y este presente en que los logros son los porcentajes de consumo. Los valores y las subjetividades diferentes que ambos procesos macro generan están, y aparecen, dentro de las relaciones humanas o de los conflictos entre generaciones. Nos cuesta relacionarlos

¿Cómo tender puentes que permitan compartir el aula y jugar juntos aún en espacios que no son “para jugar”? ¿Es posible que los viejos tengan un lugar social por lo que son y pueden, y no por lo que fueron y pudieron? ¿Los viejos tienen algo que les habilite un lugar actual presente de re-conocimiento social?

Estas preguntas consustancian al AT en la llamada “tercera edad”

Yo a mi viejo le sigo diciendo así: “mi viejo” Mis hijos cuando connotan afecto pasan del “viejo” al “viejito”. Les propongo a los at que les hablen así a sus viejos acompañados / acompañantes, porque entonces va a quedar claro qué tipo de vínculo - **sostén mutuo** – se intenta construir. Lo de tercera edad dejémoslo para los funcionarios que

todavía nos deben explicar cuál es la secuencia previa, cuál es la primera y cuál la segunda edad.

Los viejos no son ni enfermos ni dis-capaces o incapaces. Acompañarlos es acompañar seres humanos cuya salud y capacidades son las propias de una larga vida. **Que no implica sólo desgastes sino también adquisiciones.** Nuevas facultades, opiniones, experiencias y expectativas. Logros recientes. Ruego no se psiquiatricen ni psicologicen la vejez, la ancianidad. Que el acompañamiento sea apuntalar ese viejo que sólo espera la oportunidad, la invitación, a mostrar lo que sabe y produce. No digo lo que AUN sabe o produce, sino lo que constituye su vida actual con todas las herramientas, incluso las hoy caídas en desuso.

También esto significa dejar de registrar como lo más importante aquello que ya no está, aquello que socialmente es una perdida capacidad, sino reparar en las infinitas compensaciones y pequeñas adquisiciones donde están puestos los recursos actuales. Hay que apoyarse y acompañar no sólo lo que queda sino lo que se ha cuidado y lo que se ha inventado de nuevo.

Una rémora de la psicología evolutiva férrea que indica eso que debería estar sucediendo en el psiquismo, parece dictarnos lo que YA no sucede ni tiene ese viejo, lo que evolutiva – o involutivamente – YA perdió. Y así lo que TODAVÍA posee. Como un inventario ineludible en que facultades y tiempos se entrecruzan. Una fatalidad de registros nos adelanta el ciego criterio que la ancianidad es **una pre-muerte tabulada.** Pero la vejez no es la pre-muerte, sino una vida que se continúa viviendo con viejas herramientas cuidadas y nuevos logros obtenidos

Sin YA ni TODAVÍA.

Hace trece años comencé a acompañar al movimiento de los AT. Era un encuentro en Buenos Aires, y yo estaba pendiente del nacimiento de una nieta. Recuerdo que ese sábado debía intervenir cuando supe por mi hijo que Valentina rondaba la sala de partos. Yo tenía posibilidad todavía de llegar a tiempo si alcanzaba un avión a San Luis. Federico Manson modificó los horarios y pude cumplir con mi deseo / palabra de estar junto a los AT y darle poco después mi bienvenida a la Vale. Para que no haya confusiones aclaro que la Vale es la hermana mayor de la Isa

Como a Valentina, vi crecer a los at. Recuerdo aquellos primeros pasos vacilantes clamando apoyo. Como sucedió con ella, hubo quienes hablaron por los at para ofrecerles una voz que los expresara. He tratado que la mía no los reemplace y, a la vez, los apuntale en su crecimiento. Mi acompañarlos sopla la brasa del calor necesario para que los vea despegar su vuelo libre.

La **Vale** adolescente disfruta la lectura y ensaya escribir. Yo le regalo libros que lee con sus padres. Es decir: con mis hijos. Llegará pronto la tarde en que me traiga sus primeras publicaciones.

Desde aquellos días de parto los he visto avanzar a pesar de algunos y con la ilusión de otros. También sentí la fuerte compañía de muchos AT. Es lógico: estoy envejeciendo y necesito apoyos.

Quizás la mayor fuerza del **acompañante** sea estar **acompañado**. Por una ley propia, por una asociación fraterna, por un conocimiento creciente, por el estudio permanente, por compañeros de trabajo, por instituciones generosas, por quienes necesitan a los at.

Mi nieta junta esfuerzos, ansias y miedos para su propia ruta. Aprendió lo suficiente, pero no lo bastante. Siempre tendrá ese reto. Aunque nos necesite menos, todavía estamos porque la precisamos en nuestra marcha.

Hoy los at han llegado a la Universidad. Este hecho será luminoso si el camino recorrido recuerda las luchas fundacionales y desdeña las luchas intestinas. Como decía un paisano, el intestino sólo sirve para digerir comida.

Me han dicho que la Isa, mi nieta de los juegos en la escuela, anda enseñando esos juegos que aprendió aquella mañana con los abuelos invitados. Pero parece que les ha agregado detalles de su cosecha, como Borges hizo con su *El libro de arena*.

Para los at están reservadas *Las mil y una noches*.

Escena social y escena terapéutica: El Acompañamiento Terapéutico Grupal (ATG)

ANDREA MONTUORI¹

ALEJANDRO CHÉVEZ²

Introducción

“Lo grupal en teatro espontáneo puede pensarse en torno a los dos grupos que actúan en cada función: la compañía de teatro espontáneo y la audiencia. La producción de la creación colectiva es un trabajo de articulación de estos dos grupos.

Un grupo coordinando a otro grupo. Y una dirección.” De “Odisea en la Escena”
María Elena Garavelli

Este trabajo está extraído de un artículo más amplio donde se hace referencia a un programa grupal, y un sucesivo planteamiento sobre el acompañamiento terapéutico en su formato grupal, no solo desde la praxis sino desde una perspectiva teórica y metodológica que trae inspiración del psicodrama y del teatro espontáneo. Existen diferentes aspectos sociales que se irán esbozando en este trabajo que intenta investigar sobre el acompañamiento terapéutico y el abordaje grupal del mismo que, valga la redundancia, le puede acompañar en

¹ Licenciado en Trabajador Social. Miembro del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Colmenar Viejo (Madrid). Co-fundador de la Asociación de Acompañamiento Terapéutico y Teatro Espontáneo Pasos. Formado en psicodrama y miembro del equipo de terapia breve del ITGP (Instituto de técnicas grupales y psicodrama). Director de la Compañía de Teatro Espontáneo “L’Impegnata”.andmadri@yahoo.it

² Licenciado en Psicología. Equipo de coordinación de la Asociación Española de Acompañamiento Terapéutico y Teatro Espontáneo - Pasos

su desarrollo. Se irá definiendo el concepto de *escena* y el nexo entre lo social y lo terapéutico en un ATG.

1. Social como el equipo
2. Social como el entorno que transitamos
3. Social como los espacios grupales³ que se van formando.

En estos tres ámbitos se construyen escenas sociales donde se gestan escenas terapéuticas y el Acompañamiento Terapéutico es el “locus” y “matriz” para que aparezca lo terapéutico.

En el libro “Introducción al role playing pedagógico”, cuando introducen el término “matriz” los autores Elisa López Barberá y Pablo Población nos explican: **“El término matriz está tomado de la terminología de Moreno y si nos atenemos a la letra deberíamos decir “matrix” como semilla de un crecimiento de la espontaneidad en un espacio o locus, que construye el propio grupo”** el ambiente adecuado donde pueda brotar salud dando un lugar a la locura de cada cual.

¿Por qué una metodología grupal?, porque permite el aprendizaje a través de la experiencia, en el espacio de la interacción múltiple, uniendo acción e interacción y pasando de lo diádico a lo grupal. El ATG por lo tanto ofrece ese nuevo encuentro con la escena en un encuadre y dispositivo grupal como en el caso del grupo de “La caminata”, donde el paciente en *compañía* de otros tiene la posibilidad de revivir el “camino” de otra manera y reestructurar su propia realidad subjetiva, propiciando por tanto un nuevo orden a las cosas.

¿Pero desde qué lugar se puede pensar en crear un grupo? En el caso del AT, el equipo y las reuniones de coordinación en particular, son el instrumento metodológico adecuado donde construir un ATG. En este contexto de trabajo en equipo se dan las condiciones para los acompañantes de compartir las experiencias vividas en los diferentes acompañamientos y con los diferentes acompañados (un grupo que piensa en acompañar a un grupo poniendo a los individuos en conexión). Gracias a los seguimientos y con los efectos de la supervisión “vivencial” es posible realizarlo. Como decía J.L. Moreno, nos *enfermamos* en grupo y nos *sanamos* en grupo.

³ En el presente trabajo se mencionarán las experiencias de dos grupos “La Caminata” y “El Huerto de Lola”

El ATG por supuesto se beneficia de aspectos puramente dialécticos pero es oportuno que se acompañe de una acción, una vivencia que se quede grabada en una imagen, en palabras de E. Pavloski, un *rollo*, un *fotograma*, una escena vivencial y grupal que pueda en cierta medida dar lugar a lo imaginario y construir al mismo tiempo una nueva memoria.

Una mirada grupal: ¿el AT Una estructura grupal diádica?

Siempre se está con otros, familiares, psiquiatras, el mismo delirio... La presencia tercera del at socializa la vivencia del paciente, y en cierto sentido ya es un grupo. La llegada del at propicia la posibilidad de dar vida a una nueva escena. Ofrecer el ATG significa ofrecer una vía más de acompañar y ser acompañado. Los participantes a un ATG por lo menos en la experiencia de la *caminata* no siempre son los mismos, por lo tanto, se pueden verificar dos condiciones que no son excluyentes, la primera es el encuentro y la segunda la dinámica grupal. La manera de estar del at en un grupo se centrará en permitir la manera de estar de los acompañados, conteniéndolos dentro del encuadre.

Una definición escena

El concepto de escena es fundamental para la creación de un ATG, Elisa López Barberá y Pablo Población en “Introducción al role playing pedagógico” dicen: “(...) *una Escena es un conjunto de roles en relación y, por lo tanto, un sistema, sometido a un proceso, o sea un sistema dinámico...*” “*La visión del Sistema-Escena nos permite observar qué roles se ponen en juego, cómo se manifiestan (su dinámica), su interacción con el entorno y su desarrollo en el tiempo*”.

Trabajar en los lugares donde se enferma es prerrogativa del AT, dichos lugares se pueden convertir en un *locus* donde las personas y sus caminos se integran. Un at cuando acompaña a un grupo se convierte en un conductor (expresión que se piensa diferente a un lugar paternalista, de conductor de un vehículo, sino más bien próximo a aquellos metales que trasmitten calor, más bien conductor de los vínculos), facilitador

del *drama* para que los acompañados vivan una escena donde perciban de la manera más clara posible que son autores de la misma, frente a la continua desautorización, que sufren en otros círculos o sistemas donde suelen vivir escenas enloquecedoras.

¿Qué ocurre en un ATG, quién y cómo lo ejecuta?

Usando la metáfora psicodramática señalaré los elementos que caracterizan el sistema de un ATG.

El Rol de conductor: Es el “líder” del grupo, propone el nacimiento del grupo y se dispone a ser el conductor de un ATG (puede ser un at que tenga experiencia o formación en grupos). Aunque se ocupe de que el encuentro tenga lugar, tiene que procurar no adelantarse al grupo, escuchar y conectar las diferentes instancias que procedan de parte de los miembros, siendo el nexo entre ellos, es como un amplificador de lo emergente manifiesto, evocador de los ausentes, anuncia y presenta los nuevos miembros siendo el nexo con el afuera; se ocupa de ayudar a los que se aíslan en grupo a expresarse. Pone de manifiesto los posibles factores que puedan facilitar el surgir de algún lazo social entre los miembros.

Sus funciones tienen cierto parecido con el director de teatro espontáneo, que promueve escenas. Este debe conocer tanto a los actores como al contexto cultural y su función principal es la de facilitador e investigador de la espontaneidad.

El director de teatro espontáneo es un dramaturgo que no escribe, sino que promueve ideas haciendo madurar dichas ideas a los actores, que al mismo tiempo están dentro de él. Sintetizar el proceso de cada actor espontáneo, teniendo en cuenta las dificultades que supone combinar varias acciones en el momento mismo que se van desarrollando, integrándolas de manera que no haya conflicto entre ellas y producir una representación atractiva. Lo que el director necesita conseguir con los actores es que vayan más allá de su actuación individual y que colaboren entre sí en la creación de una obra de arte dramática donde el proceso de creación es casi más importante que la obra terminada, dar lugar a una creación colectiva.

La obra de arte o el fruto de la capacidad de crear del grupo,

presente en los ATG que he llevado a cabo son, “*La Guía subjetiva*” en el caso de La Caminata y “*La Fruta y las Hortalizas*” en el caso del “Huerto de Lola” (otro formato de ATG que comentaré más adelante). En ese sentido encuentro una sintonía con el planteo de M.L. Frank en el libro “*Acompañantes*” comenta al respecto que: “*Los productos elaborados deben ser pensados para algún fin, regalar, vender, donar, la intención es dar lugar a la incorporación del otro*”. Abrirse a la comunidad, ser reconocidos, no como enfermos mentales, sino como “autores de una obra”.

La co-conducción: Es importante contemplar la posibilidad de que haya una co-conducción, rol que pueden asumir otros acompañantes, y que garantiza una ventaja sustancial, a la hora de ayudarse mutuamente con el conductor y **trasmítir una cultura grupal de respeto y cooperación**. La presencia de uno o más co-conductores facilita la posibilidad de abordar eventuales situaciones personales de algún miembro que requiera un plus de atención, permitiendo la continuidad para el grupo.

Miembros-participantes ¿yo-auxiliares actores o...?: Este tema no tiene para mí una respuesta clara. Podríamos decir que cada miembro es el ambiente-contexto para el otro, permitiendo la representación de la escena subjetiva de cada uno. Pero dado que el at no cumple explícitamente una función de yo-auxiliar, ¿podríamos decir que esa función la ocupan de manera espontánea los miembros del grupo?

La respuesta puede ser afirmativa, los miembros del grupo van asumiendo ese rol auxiliar, y en particular cuando llevan tiempo en el grupo, ayudan a los nuevos a sentirse incluidos, expresan comentarios libremente a veces integrando ciertas faltas (teniendo en cuenta que la aparición de la personalidad privada de los acompañantes está más limitada para proteger el vínculo, el encuadre, y las consignas). Esto contribuiría a que se produzcan en el ATG tanto “*cambios de roles*”, “*multiplicaciones dramáticas*”, como “*interpolaciones de resistencias*” pero quizás generaría una paradoja para los ats enfrentándolos a sus escenas temidas y sobre todo a sus limitaciones. Quizás el término actor integra a todos, desde roles y funciones diferenciadas.

Funciones que se desarrollan ligadas a la tarea: Si el ATG se plantea ligado a una tarea, **esta** será parte del encuadre explícito, aunque como en los grupos operativos la dinámica y la manifestación de los vínculos entre los miembros será la parte que interesa sostener a los acompañantes. La tarea no tiene que ser planteada con exigencia, sino como un juego.

Es importante que la tarea que se propone para la construcción de un ATG, se conecte de una manera u otra con lo cotidiano y con lo local, con el territorio en términos culturales, con lo cotidiano de una comunidad y de una sociedad en términos más amplios. La tarea es el medio (mediatiza) y funciona de objeto transicional, como un “ansiolítico”. No se contempla para pasar el tiempo, sino para vivirlo de otra manera, no busca entretener, ni enseñar, por lo tanto conectará de manera distinta con cada cual. La estandarización de las funciones con respecto a la tarea por parte de todos los diferentes actores que participan a un ATG (conductor, co-conductor, acompañantes y acompañados) y el surgir de roles complementarios patológicos basados en el binomio dominio-sumisión, puede ser objeto de supervisión de un ATG.

Reflexiones sobre la espontaneidad de los miembros y la espontaneidad trabajada de los acompañantes

En el ATG se persigue, mediante una acción grupal, incidir en lo cotidiano de sus participantes y fomentar la espontaneidad de los mismos. La espontaneidad según el psicodrama consiste en dar una respuesta adecuada a una situación nueva o una respuesta diferente a una situación antigua y repetida, dejando la que J.L. Moreno llamaba *conserva cultural* todos aquellos roles estereotipados que fueron una respuesta adaptativa a un contexto (grupo-familiar) que propiciaba vínculos complementario patológicos. Teniendo en cuenta que la raíz de la palabra *espontaneidad* es la expresión en latín “*sua sponte*” que significa ***voluntariamente o alejamiento de las leyes de la naturaleza***. Por esto los cambios que se generan en los participantes de un ATG están ligados a la libertad, a la voluntad, si es necesario, defendiendo una cultura del

estar de los at. En el libro “Acompañantes” M.L. Frank y P. Dragotto, hablando de ética y AT escriben: “La mirada del acompañante debe ser una mirada sin prejuicios que demarque posibilidades y no restricciones. Al decir “fuera del egoísmo” no proponemos el retorno a una postura de beneficencia o caridad, tan alienante como la reclusión psiquiátrica. Nos referimos a la capacidad del at de suspender su propia subjetividad (sus ideales, sus anhelos, sus valores) para alojar la emergencia de la subjetividad de ese otro -semejante pero diferente-, reconocerla y propiciar algo que contribuya a su realización.”

En Pasos cuando hablamos de *espontaneidad trabajada* nos referimos a una herramienta conceptual útil para lograr una espontaneidad al servicio de la tarea, una espontaneidad que tiene en cuenta del encuadre y de una vocación de servicio como la palabra **Terapeuta** nos recuerda (en la antigua Grecia, palabra o rol que hacía referencia al servidor), dentro del cual el juego puede variar, sin comprometer la confianza y la seguridad que perseguimos, en relación a los acompañados (autores, actores y **protagonistas** de las escenas).

El juego entre el at y el acompañado está por lo tanto sujeto a cambios como la vida que cambia al nuestro pasar, alejándonos del cambio a nuestro pesar. Los cambios observados durante los acompañamientos sometidos a revisión y supervisión permiten que estos mismos sean registrados y reciban un lugar, para actuar en consecuencia y ser dramatizados, escenificados (drama en griego es acción), por lo tanto, de esa manera los actos del acompañante se vuelven terapéuticos, voluntarios y no casuales significando para el at, conseguir una *espontaneidad trabajada*, que le protege y le prepara frente a la incertidumbre que conlleva el acto de acompañar.

Formación de los ats, para una integración del ATG

M. L. Frank, quien recientemente ha escrito sobre el “AT grupal”, hablando de la formación de los ats dice: “En la medida en que la formación de los acompañantes incluya la referencia a los acompañamientos grupales y la capacitación en dicha tarea, los

acompañantes dejarán de percibirla como una ‘adaptación de la técnica’ o una práctica de ‘segunda categoría.’” En ese sentido puede resultar paradójico, que desde España donde no existe todavía una formación reglada en AT, ni todavía un reconocimiento social de su rol profesional, y a través de ese foro, se aproveche para interrogarnos, sobre la inclusión del ATG en la formación de los futuros acompañantes, que desde este punto de vista se podría beneficiar de aspectos teórico-prácticos, procedentes de uno de los enfoques más importantes, presentes en lo grupal, el psicodrama, y en nuestro caso el teatro espontáneo. A lo mejor el destino del AT es avanzar desde la praxis fuera de lo institucional o de lo instituido y en España, desde la asociación Pasos, apostamos por esta progresiva integración.

Bibliografía

Chévez, A. (2012). (COORD). *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid: Editorial Grupo5.

Dragotto, P. y Frank, M.L. (2012). *Acompañantes*. Cordoba-Argentina: Editorial Brujas.

Pavlosky, E. (1980). *Clinica Grupal 1*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.

López, E. y Población, P. (2000). *Introducción al Role-Playing Pedagógico*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Población, P. (2010). *Manual de Psicodrama Diádico (bipersonal, individual, de la relación)*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Acompañamiento dual, familias complejas

GRACIELA BUSTOS¹

Esta experiencia está basada en el trabajo de AT que se realiza en el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis con familias de alta vulnerabilidad social, con marcadas dificultades para seguir las indicaciones del equipo de salud y sostener los tratamientos.

Para comprender este trabajo es necesario partir de ciertos conceptos teóricos y realizar algunos planteamientos previos respecto sobre varios temas:

- Grupo primario: es aquel en el que el individuo adquiere un nombre, aprende a amar y ser amado, comprende significados, descubre quién es basado en sus características psicofísicas, asume roles de conducta, crea hábitos, se comunica y establece patrones para sus relaciones afectivas. La familia es un sistema intermediario entre la sociedad y el individuo, es el portador inicial de un discurso que determina la inscripción histórico-social y el mediador del contrato social que para que cada persona sea reconocida como miembro de determinada cultura.

- Algunos autores hablan de familias disfuncionales - término sociológico - para designar un grupo primario conflictuado. La palabra disfuncional dice que la familia 'no funciona', es decir, no cumple labores atribuidas por la sociedad. (Quero Vásquez, 2012).

- Grupos secundarios: el individuo integra otros grupos de pertenencia y referencia que inciden en la producción de nuevas identificaciones manteniendo el apuntalamiento del psiquismo. Son grupos sociales donde la interacción es más formal, con una regularidad

¹ Doctora en Psicología. Directora de la Carrera de Acompañamiento Terapéutico de la Universidad Católica de Cuyo, Sede San Luis. Jefa del Programa de Salud Mental, Provincia de San Luis. Miembro de la Comisión Directiva de AATRA (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina) grabustos@hotmail.com

establecida por la estructura institucional. Se forma por la conciencia de intereses y necesidades. Estos grupos sociales permiten adquirir habilidades para sobrevivir, valores, creencias.

- Matrices de Aprendizaje: modalidad con la que cada sujeto organiza y significa el universo de su experiencia; su universo de conocimiento. Socialmente determinada incluye no sólo aspectos conceptuales, sino también emocionales, afectivos y esquemas de acción. Es una estructura abierta, en movimiento, susceptible de modificaciones. El sujeto tiene **necesidad de** saber, explorar lo real buscando gratificación. La madre y la familia significan la experiencia. Se van gestando modelos internos más permisivos y favorecedores del encuentro sujeto-realidad; o más represivos y empobrecedores de esta relación. Las matrices de aprendizaje emergen en la familia, donde se reconocerán o desconocerán las necesidades del niño, legalizando unas descalificando otras. Se significan así la experiencia y sus procesos de aprendizaje (Quiroga, 1985).

- La noción de psiquismo abierto plantea que el psiquismo se constituye a partir de una matriz grupal - la familia o grupo primario - desarrollándose las primeras configuraciones vinculares. Se va a constituir así la identidad personal. (Bleichmar, 2004). El aparato psíquico requiere para su formación tanto de la función de continente como la de corte. Por otra parte está abierto a diferentes situaciones de la vida, es decir que no queda instituido de una vez para siempre, sino que es susceptible de modificaciones significativas en la historia del sujeto, en un proceso permanente de instituido/instituyente.

- La estructura vincular no es estática, como tampoco lo es la construcción de la subjetividad. Los lugares y funciones **vinculares** sufren alteraciones como también el desarrollo del propio psiquismo. La noción de subjetividad, acorde con un sujeto en permanente construcción, está ligada a lo que la Dra. Janine Puget (1998) llama psiquismo abierto. Es una subjetividad en la que cada irrupción del otro, cada avasallamiento, cada dominación, enfrenta a una puesta a prueba que reclama una nueva apropiación para poder ser y pertenecer.

“El sujeto está abierto a su historia, no sólo en el pasado sino en la actualidad. Está entre la repetición y la creación. No es un sistema abierto porque algunos psicoanalistas hayamos decidido aplicarle la teoría de la complejidad. Es abierto porque los encuentros, vínculos, traumas, catástrofes, realidad, duelos, auto-organizan al sujeto y él recrea todo aquello que recibe. Ciertos ruidos devienen información complejizante y no desorganizante. La estabilidad psíquica se reconstruye según condiciones que surgen y se desvanecen sin cesar” (Hornstein, 2003)

A partir de estas ideas y de otros bagajes teóricos, aportados por los miembros del equipo multidisciplinario, pensamos las intervenciones en cada familia.

Los sujeto consultantes vienen por lo general de contextos familiares con problemáticas muy complejas y la mayoría de estas familias son altamente conflictivas; no pueden contener a sus miembros, muestran dificultades en su socialización y, frecuentemente, ello está acompañado por fenómenos como el alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad, que naturalmente afectan el crecimiento y desarrollo de sus integrantes. Además, también es bastante común que estén atravesados por problemáticas sociales como el desempleo, la falta de vivienda o acceso a la educación.

En otros casos, aunque estas necesidades estén cubiertas, se observa el fenómeno de padres muy absorbentes, rígidos, sobreprotectores, manipuladores, abandónicos, ausentes, con dificultades para poner límites y sostenerlos; o con altos niveles de exigencia hacia los hijos.

Los vínculos entre los integrantes están deteriorados, la autoestima muy baja. Son sujetos inseguros, de marcadas carencias afectivas, dificultad en la expresión de necesidades, limitaciones para nominar sus emociones y demandar ayuda. Esto limita comunicación, formas de expresión o creación, y capacidad de compartir; el sujeto se relaciona como puede, pero esto no le alcanza para integrarse socialmente.

Se requiere de una gran flexibilidad en el trabajo con estas familias, encuadres menos estructurados para encontrar formas de aproximación a la dinámica familiar y estabilizar un tratamiento posible, utilizando el recurso del acompañamiento terapéutico como enlace con el equipo tratante.

Otro punto importante a tener en cuenta es que el trabajo en el **hospital público** está atravesado por un interjuego dialéctico entre el campo de la clínica y el campo psicosocial. Desconocer esto es quedarse sin herramientas trabajando en grupos familiares con necesidades básicas insatisfechas pues ello condiciona las posibilidades de adherir a los tratamientos. Las problemáticas de muchas familias tienen su origen en la realidad material y social que atraviesan: desempleo, problemas laborales, falta de acceso a la vivienda o al sistema educativo, violencia social, entre otros. Estas situaciones generan malestar, inciden en la subjetividad y condicionan las posibilidades de contención familiar y recuperación del sujeto.

Frente a estas dificultades el acompañante terapéutico emerge como aliado para que el sujeto enfrente ese sufrimiento condicionante de sus posibilidades; colabora regulando sus relaciones e intercambios con el entorno; muchas veces el lazo social se ha debilitado (en otros casos se ha perdido) y es necesario recuperarlo. El at trabaja ampliando el repertorio de recursos simbólicos con los que cuenta el sujeto para enfrentar el padecimiento y la realidad circundante

Habitualmente se solicita intervención del at desde el equipo tratante, integrado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, quienes conocen al paciente y a su entorno familiar; ellos han realizado previamente entrevistas y, en algunos casos, visitas domiciliarias.

Algunos de estos pacientes están en tratamiento. En otros casos se trata de consultas reiteradas por la guardia hospitalaria, donde se evidencia el incumplimiento de las indicaciones realizadas con anterioridad y/o la escasa continencia familiar. Entonces se sugiere la inclusión de un at para garantizar se sostenga el tratamiento investigando otros posibles apoyos vinculares, los cuales sólo desde la intervención

institucional no se pueden visualizar. El objetivo es ayudar a la persona en crisis para superar este momento logrando la estabilización por un tratamiento.

Ante este cúmulo de dificultades descubrimos y pusimos en práctica un dispositivo que llamamos **acompañamientos duales**. Estos se inscriben en el marco de las intervenciones múltiples familiares las cuales nacieron trabajando en familias muy demandantes, con problemas internos de larga data, sin adherencia al tratamiento y depositación de todas sus dificultades en uno solo de sus miembros. En las guardias no alcanza con medicar o indicar psicoterapia, pues hay familiares que deberían tratarse pero se niegan, sosteniendo que el otro es el enfermo.

La experiencia mostraba que cuando se intentaba trabajar en el domicilio, la familia invadía la escena permanentemente, dando indicaciones, o manifestando descontento y descalificación del acompañamiento. Ello evidenciaba relaciones vinculares muy complejas y altamente patológicas, tal como ya señalamos.

El acompañamiento dual implica trabajar con dos acompañantes al mismo tiempo y en la misma escena. Ambos sostienen el mismo encuadre temporal y espacial, llegan juntos y se van juntos; deben ser muy flexibles, tolerantes, esperar que la familia haga los primeros movimientos, deben mantenerse expectantes, dispuestos a la escucha y evitar cualquier tipo de intervención directiva.

La técnica apunta a que sea la familia quien configure el campo de acción; son los asistidos quienes realizan la elección sobre a quién comunicar sus vivencias; no determinamos previamente el familiar con el cual vamos a trabajar.

La idea previa era abordar a la familia en su conjunto, pero rápidamente se establecieron vínculos particulares: la madre o el padre eligieron un a para narrar sus preocupaciones y/o realizar catarsis, lo que daba lugar a que el otro a comenzara su trabajo con el enfermo.

El primer objetivo era neutralizar la hostilidad primaria de los vínculos familiares; generando un espacio propio y de escucha diferenciado para cada uno de los integrantes del grupo familiar, lo que permite funcionar con menor interferencia. Todos se sienten parte del

dispositivo, aportan datos que ayudan a comprender *cómo* y por *qué* se configuraron de esa manera los vínculos familiares, el grado de patología de los mismos. El análisis de este material permite encontrar maneras de intervenir menos costosas desde el punto de vista psíquico para todos los involucrados. Apuntamos a que mejore la calidad de vida de todo el grupo familiar, porque esto favorece la recuperación del paciente.

En la supervisión semanal analizamos los distintos registros que tienen los at sobre las demandas que reciben y con quién se sienten más cómodos a la hora de escuchar, contener, realizar tareas (tomar mate, mirar tv., caminar); respetamos siempre la elección que realizan los sujetos asistidos; es importante que entre los at exista un código común para intervenir si es necesario, esto lleva unos días de puesta en práctica y ajuste. La consigna es que se debe seguir al que tomó la iniciativa y luego de terminado el acompañamiento se discute y se revisan los acuerdos y desacuerdos que puedan surgir. Es fundamental un clima de confianza entre los at.

Este tipo de intervenciones requiere un trabajo en equipo continuo y constante, elaborando informes diarios que deben circular entre los miembros del equipo (sobre todo entre los at). Eso agiliza la comunicación y con esa dinámica de intercambio van surgiendo nuevas ideas para intervenir.

La supervisión además es fundamental para triangular la mirada, evitar las alianzas que propone la familia, detectar otros apoyos posibles para el paciente; esto permite pensar estrategias conjuntas de intervención que apunten a la individuación, subjetivación, autovalimiento y autonomía de los sujetos acompañados.

Acordamos con Kuras y Resnizky (2011) que estas intervenciones no tienen contornos que puedan definirse a priori y es desde el interior del dispositivo de donde surgen las propuestas. “Se trata de una inclusión en el contexto familiar con objetivos acotados a explorar, detectar, y/o ayudar a modificar, dificultades que hacen obstáculo en la interacción entre sus miembros”.

El at se propone como una presencia activa y comprometida, dispuesto a apoyar, alentar y confrontar al paciente con sus limitaciones;

estimular su inclusión activa en la escena familiar y en su entorno social, genera un nuevo apuntalamiento del psiquismo como plantea Kaes (1992).

Desde esta perspectiva consideramos al AT como un soporte social para que emerja el sujeto y tengan lugar algunos procesos subjetivadores. Solo así es posible generar un espacio donde el vínculo sujeto- at dé lugar a la autonomía, la creatividad, la ensoñación. El sujeto se convierte en protagonista, puede transformar sus condiciones vitales, trabajar la disposición al cambio y la posibilidad de innovar. El at apuntala y suplementa a un otro que busca emerger como sujeto, crea y sostiene espacios para que esto acontezca.

Describiré de modo sintético dos ejemplos para tratar de explicar esta modalidad de abordaje:

Familia donde predomina el encierro endogámico:

El principio de realidad se ha ido perdiendo, las familias se han ido alejando de sus espacios sociales, se aíslan creando normas propias, las cuales los alejan de las convenciones habituales. Los ats se incluyen en este contexto como portadores de las normas sociales, y - como puente con el exterior - ayudan a retomar el contacto perdido, restableciendo vínculos.

Esta familia está integrada por una madre (59) y un hijo (31) diagnosticados como psicóticos. Desde la muerte de la abuela materna, que cuidaba de ambos, viven encerrados en la casa; sólo adhieren al tratamiento farmacológico, rechazan la psicoterapia y se han aislado de su familia extensa como mecanismo de protección. El padre (61) aporta para la subsistencia, pero se ausenta todo el día de la casa y no se compromete con los tratamientos.

Hubo mucha resistencia al ingreso de los acompañantes. La alianza terapéutica se configura lentamente; al principio el único contacto era con la madre. Poco a poco esta va cediendo terreno a las ats dentro de la casa. Despues de múltiples intentos y semanas de trabajo, la mamá permitió acercarse a su hijo, entrar a su dormitorio y despertarlo (dormía durante todo el día y se levantaba por la noche).

Leonel Dozza (2014) nos habla de la “*transferencia familiar*” y puntúa la desmesura de la función materna con el menoscabo de la función paterna. La madre trató de imponer mandatos y exigencias para controlar omnipotentemente a las acompañantes y evitar se acerquen a su hijo. Como una de las ats lograra captar la atención de la madre trabajando con ella, la otra at se aproximó al hijo comenzando a establecer vínculos donde priorizar las necesidades del joven.

Al comienzo presentaban un modo de funcionamiento simbiótico donde el hijo quedaba desdibujado en su condición de individuo, no pudiendo expresar necesidades o deseos. Parte de nuestra tarea fue trabajar para romper la simbiosis y que el hijo pudiera lograr discriminar entre sus necesidades y las de su madre, descubriendo como posicionarse en la trama familiar y social, exigiendo ser tenido en cuenta; y – a la vez – la madre aceptara esto sin perder su precario equilibrio psíquico.

Al cabo de cuatro semanas lograron que ambos pacientes esperaren a las ats levantados y aseados dispuestos a trabajar. Realizaron actividades en común con objetivos distintos: por ejemplo, salen a pasear, pero mientras para la madre era retomar el proceso de socialización (concurrir a una confitería), el hijo visitaba librerías adquiriendo libros de arte (una de sus pasiones).

El acompañamiento terminó al lograr el joven cierta independencia capaz de permitirle ir solo a comprar sus libros, al margen de la opinión o la voluntad de su madre. Es difícil describir la experiencia completa y la complejidad de las intervenciones, pero la intención es mostrar en estos pequeños fragmentos la potencialidad del dispositivo.

Familia expulsiva, fragmentada:

Paciente varón (31) con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, expulsado de la casa paterna, vive con su hermano (34), quien lo aloja por pedido de los padres y una hermana para no dejarlo en la calle. No se ocupan de él, ni del tratamiento; viven enfrente de la casa paterna.

Se trabaja con el paciente y su familia para lograr estabilizar el tratamiento y mejorar las condiciones de vida. Los rituales de aseo y alimentación fastidian a la familia, la cual considera que el paciente lo hace a propósito. No reconocen la enfermedad. Ambas ats trabajan con el paciente y a su vez intentan establecer lazos con los distintos miembros, especialmente con la madre, que es la más permeable.

El dispositivo busca producir encuentros entre el paciente y su familia, mediados por la presencia de los ats para evitar los reproches, el maltrato y negación de la enfermedad.

El trabajo de las ats permite al paciente salir de su encierro, adherir al tratamiento y expresar su deseo de vivir en familia.

A través de visitas domiciliarias, llamados telefónicos y citaciones intentan vincular familia con equipo tratante. Ello da por resultado que esta adquiriera cierta conciencia sobre la enfermedad del hijo, a la vez que la necesidad del tratamiento continuo, con preocupación por encontrar una vivienda digna.

Las crisis familiares potenciaban los estados de angustia y ansiedad. Por eso era necesario restaurar la capacidad de acción. El amparo que ofrecieron los ats habilitó nuevos movimientos en el sujeto y su familia, proponiendo una apertura hacia el afuera, atemperando a su vez el sufrimiento, colaborando en la organización progresiva del pensamiento.

Si bien este acompañamiento terminó antes que se produjeran los resultados esperados, el trabajo realizado dio sus frutos: unos meses después la familia logró ubicar al joven en un lugar donde estuviera contenido y atendido. En la actualidad han remitido los síntomas más significativos y el paciente asiste solo a terapia grupal con muy buena evolución.

A modo de primeras conclusiones sobre este tipo de abordaje, pensamos:

Nuestro aprendizaje en este terreno ha sido ampliamente recompensado. Dado que tenemos la posibilidad de realizar seguimientos longitudinales podemos apreciar los efectos del acompañamiento terapéutico dual; y es una manera de instrumentar a la familia para que

logre acompañar, cuidar, proteger y ayudar al miembro enfermo.

Es la aceptación del otro lo que abre la posibilidad que se arme una red de sostén. El AT se ofrece como un “sostén real y metafórico, sensible y resistente al mismo tiempo”. Según Kuras (2011) es la aparición de un nuevo vínculo significativo, que busca sostener el principio de realidad y la reconstrucción de la trama asociativa.

El dispositivo de **Acompañamiento Terapéutico Dual** nos ha permitido trabajar con las familias logrando encontrar espacios donde todos sean escuchados. Ello genera que desciendan las ansiedades y se puedan pensar alternativas de cuidado menos costosas para todo el grupo familiar y también para el equipo tratante, el cual a veces se siente ante un frontón, mientras percibe a la familia, muchas veces, como un obstáculo insalvable.

Sabemos que muchos de estos pacientes son marginados sociales, rotulados como enfermos o incapaces, destituidos como sujeto de derechos. A través de estas intervenciones los incentivamos a insertarse en la vida social, salir del aislamiento protector de la enfermedad; los acompañamos en su lucha contra el prejuicio y la discriminación que pesa sobre la enfermedad mental, para que logren su inclusión en la trama social según las posibilidades que se les presentan.

El hecho de crear condiciones de amparo y sostén, ofrecer un borde, abre posibilidades impensadas. Sobre las bases de un vínculo confiable, pueden abrirse posibilidades de explorar nuevos espacios para el trabajo de los ats. Convertirse en alguien significativo y confiable para el otro es fundamental si nos proponemos introducir cambios, como puede ser alentarlo a salir del encierro que enferma y cronifica.

Los acompañantes no solo habilitan un lugar para el que sufre sino también para su familia, al trabajar de modo simultáneo con ambos; porque son estos, su entorno más próximo, quienes contendrán al paciente cuando los ats finalicen su tarea.

Bibliografía

Bleichmar, S. (2000). “Entre la producción de subjetividad y la constitución del

psiquismo". Conferencia. Recuperado en diciembre del 2012. [Versión digital] www.silviableichmar.com/articulos/articulo8.htm

Dozza, L. (2014). *Acompañamiento y clínica de lo cotidiano*. Buenos Aires: Ediciones Letra Viva.

Kaës, R. (1989). *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Kaës, R. (1992). "Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo". Buenos Aires: *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Grupo.vol 2, 15.

Kuras, S. y Resnizky, S. (2005). Cap. IV "Dolor y resiliencia" *Territorios del Acompañamiento terapéutico* (pp 51-61). Buenos Aires. Letra Viva.

Kuras, S. y Resnizky, S. (2011). Cap. VIII "Acompañamiento familiar situacional". *El Acompañamiento Terapéutico como Dispositivo* (pp 95-106) Buenos Aires: Letra viva.

Quero Vázquez, C. (2012). ¿Qué es una familia disfuncional?. Citado por Mejías R. Recuperado de www.saludymedicinas.com.mx.

Quiroga, A. (1985). *Matrices de Aprendizaje*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Los derroteros por la falta¹

DANIELA TELLO²

En el campo del AT la práctica clínica con sujetos con discapacidad se ha propagado exponencialmente pero su valoración específica ha resultado inversamente proporcional. La gran mayoría de los escritos en AT en discapacidad se centran en comunicar experiencias, reproducir saberes específicos, generalmente provenientes de la medicina y la psicología, o del sentido común, pero sin discusión por los supuestos que tanto promueven como hegemonizar ciertas posiciones para los implicados.

El presente escrito pretende abrir la discusión sobre la noción de Discapacidad vislumbrando los dos principales modelos epistemológicos que más insisten en el AT para evidenciar las derivaciones clínicas, cívicas y subjetivantes que promueven y parecieran generar un embrollo: la traición al origen antipsiquiátrico del AT. Se propone así desmarañar la clínica al articularla con la dialéctica hegeliana, sin aspirar a un desarrollo exhaustivo, sino mejor como una imagen sublimada, un fondo posible a la cual acudir.

Sobre los discursos, versiones.

Desde que la discapacidad ha pasado a constituirse como objeto de estudio y de intervención en el campo de la salud mental, los discursos científicos no se han sucedido antitéticamente, aunque sí respondían a reacciones de orden disciplinar o social pero se ha evidenciado un entramado en el que subsisten versiones de cada uno más o menos legitimadas por momentos.

¹ Texto modificado para la presente edición que fue presentado anteriormente en el Congreso de AT de Mar del Plata, 2010.

² Lic. Prof. en Psicología. Investigadora SeCyT UNC. Docente UCC. telodani@yahoo.com.ar

Pasemos entonces a presentarlos y diferenciarlos a nivel del discurso. En este sentido, el modelo **Negativo** o del **Déficit** en Discapacidad se sustenta en la *diferencia* como justificación, como explicación de la noción de discapacitado; es un modelo pensado en particular, se individualiza, la diferencia *es* del diferente, del discapacitado. Por lo tanto, se *naturaliza* como independiente de la relación nosotros/otros. El sujeto “padece” su déficit, en verdad es un cuerpo sin sujeto, es inamovible, de orden natural, esencial. Se apoya en las teorías evolucionistas como el darwinismo social. El discapacitado en *particular* es ubicable en un *general* determinado en cierta gradualidad lineal del déficit; por ejemplo: leve, moderado, profundo. Esto precipita en la derivación a dispositivos institucionales según esa misma gradualidad. Es un sujeto sin voluntad, pasando a la categoría de *beneficiario* instantáneo de un *tratamiento diferencial*.

Pues, como intento de superación de este modelo, aparece en los últimos años el modelo **Positivo** o de la **Diferencia** basado en la justificación o explicación desde la noción de *diversidad*, aunque también desde un mirada naturalizante, ahora *somos todos con capacidades diferentes o especiales*. Vuelve a quedar fuera de lo social la explicación, vuelve a quedar en posición de *beneficiario* de un *tratamiento diferencial*. Aquí ya no hay variaciones de grado explícitas sino equivalentes, categoriales, solapando la falta como *capacidades diferentes, especiales*, etc. Sin embargo, este modelo no deja de reconocer que hay sujetos que varían demasiado de la norma y son los “anormales” (volviendo casi como retorno de lo reprimido). Este modelo, también desconoce las relaciones de poder entre los grupos dentro de la multiplicidad o la diversidad, intentando extender un manto de ingenuidad sobre la diferencia.

En ambos modelos, la Discapacidad, en cualquiera de sus formas, ha estado calibrada con la mira desde una categoría política: la **Ideología de la Normalidad**. Existe, con fuerza de entidad, un cierto imperativo moral de ser ideal, y desde aquí podemos pensar que el sujeto constituido desde su deseo en tanto lucha por el reconocimiento del otro, en el caso del discapacitado, cae absurdamente sometido a un *deseo de normalizarse*, por ser reconocido.

Estas concepciones están tan arraigadas en la conciencia contemporánea que parece una obviedad que en el hecho fáctico de alguien sin piernas, “evidentemente” le faltan y además es un problema suyo, y quien observa desde un lugar de otro, no tiene ninguna responsabilidad al respecto. Esto debería llevar a pensar sobre los supuestos ónticos de sujeto que sostengamos, cuál es nuestra versión sobre el humano. ¿Ser humano implicaría dos brazos, dos piernas? ¿Qué sería lo propio de la humanidad en un individuo?

Subversiones

Se demuestra desde los modelos el intento de superación de un planteo errado, una cierta *subversión* discapacidad/exclusión, siendo que lo inherente, lo estructurante de una sociedad es la lucha de amos y esclavos, o el equivalente incluidos/excluidos; y la discapacidad permite perpetuar, naturalizar esa lucha. No se sale de la encrucijada con respuestas que apunten al individuo, pero sí al sujeto.

Otros intentos infructuosos de superar la exclusión son la *inclusiones excluyentes*; como por ejemplo forzar a sujetos para que *socialicen* en actividades o espacios “normales” incorporándose a grupos en los que no logran encontrar semejantes sino que intentan *normalizarse* y terminan abandonando los espacios y suman otra frustración más y esa exposición refuerza en un devenir circular aún más la diferencia.

Así se evidencia no sólo un derrotero de términos para solapar la falta sino un derrotero de tratamientos, intervenciones, instituciones, medicaciones, quitando la posibilidad inherente del sujeto de encontrarse con su falta.

En relación a los tratamientos, desde los ‘60 los discapacitados han padecido la tendencia a *patologizar* la discapacidad porque se le presume una necesidad especial, un tratamiento especial, un padecimiento “agregado” al de los sujetos “normales”.

La contracara de esta tendencia aparece en las últimas políticas públicas en el país donde se promueve *discapacitar* la locura (en términos genéricos) y esto sin desmedro de desconocer las dificultades en la

funcionalidad que acarrean patologías mentales graves y persistentes; lo que merecería de por sí un debate aparte.

Ocurre también, un hecho poco tratado, que es la formación de los profesionales de la salud, entre ellos el a.t. En muchos casos lo más frecuente es estudiar del sujeto discapacitado sólo su déficit como si fuera “el” rasgo determinante.

Un punto importante y de mucha discusión actual en Córdoba es lo inherente al Certificado de Discapacidad, que se apoya desde ambos modelos y tiene importantes implicancias cívicas y subjetivantes. En este punto es importante reconocer que el certificado para el acceso sanitario con cobertura del 100% posibilita la continuidad de los tratamientos en varias familias. Sin embargo, en la práctica termina siendo un requisito obligatorio. En este sentido, ya es conocido el lugar de poder legitimado del médico como certificador, así como la instalación de un dispositivo discursivo de tipo médico-pedagógico que imprime una causalidad biomédica y que determina el dispositivo institucional a modo de prestaciones (centro de día, integración escolar, etc.). Pero principalmente me interesa destacar al respecto que genera una *subversión económica*, de los discapacitados como insolventes, no productivos, a *consumidores* de prestaciones a través de la figura de beneficiario.

A diario vemos los obstáculos de trabajar en lo cotidiano de los pacientes cuando están posicionados en el lugar de *beneficiarios*, perpetuando el déficit y demandando desmesuradamente sólo apoyados en el *deber* de la sociedad para con ellos. Teniendo en cuenta también que los efectos de subjetivación que imprimen estos modelos promueven sujetos sometidos a la discapacidad generando identificaciones al género; en este punto, el esclavo elige la esclavitud a la muerte.

Derroteros

Entonces, para salir del embate, la cuestión podría ser pensar qué lugar posibilita el a.t., cómo es constituyente del vínculo con el paciente y esto merece la obligación de pensarse en cada caso en relación a la falta del paciente.

Es decir, evitar caer en lugares que más que complementarios, completan al paciente, debiendo abstenerse de funcionar como “pata de palo”, o ser funcionales a miradas *románticas, ingenuas, pedagógicas, infantilizantes o impotentizantes*, por ejemplo como reacción ante las demandas omnipotentes de las familias, situación comprensible de intentos de tramitación de la falta por las mismas.

Estas posiciones en relación al otro en las que suele caer o, más que caer, pararse el at son escuchadas en los ámbitos de AT sólo como reacciones contratransferenciales, lo que quita responsabilidad ética al a.t., en tanto que no sólo es partícipe del discurso social, sino que no es sin él tampoco.

Las posiciones de amo y esclavo no son unidireccionales, sino mutuamente constitutivas. Tampoco se trataría de una lucha de fuerzas, sino que son decisiones subjetivantes en proceso, en devenir. Solemos escucharnos hablar de los pacientes en términos tales como “me despierta” lástima, necesidad de afecto, etc. como si sólo fuera del otro y el dispositivo de AT nos implica como sujetos: nosotros también luchamos por reconocimiento del otro y cuando esto es desconocido, tomamos posiciones complementarias, ubicándose el paciente en lugares impotentes, regresivos, de goce.

Puntuaciones

El acompañar a un paciente, a alguien que esté en el proceso de verse faltado y empujado a hacerse cargo, requiere un sutil y respetuoso intervenir, implica acompañar en un momento de intimidad. Que el acompañante trabaje en lo cotidiano, no siempre supone un trabajo en intimidad y así como el at ante demandas tan desmesuradas se abstiene, se ahueca, se hace el idiota; cuando se mira fallado requiere un estar comprometido, estar ahí para ayudar a puntuar, a hacer puntadas, no coser, no poner cierres o velcros... Habrá situaciones en que la falta es posible acompañarla hilvanado, tal como se enlazan telas puntuando por primera vez, sabiendo que se proyecta a una mayor elaboración, se le espera un devenir. Y habrá otras situaciones en que la falta ahueca más que hilvanar se requiere de una palabra que zurza.

En definitiva, lo que alumbran los modelos es el derrotero de términos, nociones, enunciados, intervenciones, que surgen como modas de las academias, con fuerte impronta moral con la única función enunciativa de cubrir la falta por parte del *at* o aquel que porte el saber. Se pretenden sujetos discapacitados “completos”, en vez de dar lugar al vacío para que el movimiento devenga del sujeto, para que surja un acontecimiento cuando, tal como hacemos todos, podamos preguntarnos: *¿cómo me las arreglo conmigo?*

Bibliografía

Angelino, M.A. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Contino, A.M. (2009). Historia de la discapacidad. Actas del *Encuentro argentino de historia de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis*, (Volúmen 10). San Luis. Argentina.

Gobierno de la Provincia de Córdoba. Dirección general de inclusión sanitaria. Área de discapacidad y rehabilitación. *Red de rehabilitación 2007-2010*.

Hegel, G.W.F. (2007). *Fenomenología del espíritu*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional de Funcionamiento, discapacidad y salud*. Versión abreviada.

A postura familiar e o resgate da autonomia e das potencialidades de um usuário de CAPS: um estudo de caso¹

WEMERSON PEIXOTO DE MELO MOURA²
CARLOS EDUARDO DA SILVA CARNEIRO³
KLEBER DUARTE BARRETO⁴

Introdução

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tornou-se possível a substituição do modelo de internação em hospitais psiquiátricos aos portadores de transtornos mentais, sendo esta apenas indicada aos casos em que outras medidas não sejam mais aplicáveis. O modelo de atendimento no CAPS, além de evitar as internações em hospitais psiquiátricos, também visa promover a reinserção social de seus usuários através de um projeto terapêutico que conta com profissionais que integram equipe multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Dentro dessa proposta de desinstitucionalização, o Acompanhamento Terapêutico (AT) torna-se um grande aliado ao projeto terapêutico na busca pela reinserção social e resgate da autonomia de usuários de CAPS, visto que o AT traz em sua prática a possibilidade de que o atendimento se dê em diversos espaços da cidade, fugindo do setting clínico convencional (CARNIEL, 2008; CARVALHO, 2004). Assim,

¹ Trabajo presentado en Mesa de Trabajos Libres. Preseleccionado para el Premio Federico Manson 2015.

² Peixoto de Melo Moura Wemerson.psico@gmail.com

³ Da Silva Carneiro: Psicólogos en la Universidad Paulista – UNIP

⁴ Duarte Barreto: orientador, Prof. Dr. en la Universidad Paulista – UNIP/ Kleberbarreto@gmail.com

são diversas as oportunidades que o AT pode oferecer ao portador de transtornos mentais nos caminhos e desafios de suas (re)conquistas.

Neste trabalho pretendemos expor a vivência de um AT realizado em dupla ao longo do ano de 2013, com um usuário de CAPS, portador de esquizofrenia paranoide, que teve em seu histórico algumas internações e que atualmente está fora de internação há pelo menos dois anos. Vamos identifica-lo aqui sob o nome fictício de Antônio. Antônio tem 38 anos de idade, é solteiro e começou a ter a manifestação da doença ainda na adolescência. Entre os fatores relacionados ao surgimento da patologia está associada a drogadição com o uso de substâncias químicas, como a maconha e a cocaína, por um longo período entre a adolescência e a idade adulta. Antônio, ainda bebê, foi abandonado pela mãe biológica (ela era uma adolescente e não tinha condições financeiras para criá-lo) e adotado por um casal que não podia ter filhos. Porém, um mês após a adoção de Antônio, a mãe adotiva conseguiu engravidar, passando a despender maior atenção e cuidados a esse filho, relegando Antônio a um segundo plano, algo que se manteve durante sua infância e adolescência, até que, por volta dos 14 anos, no calor de uma briga familiar, a mãe revelou que sua fisionomia diferente (cor da pele) e o fato de não ser parecido com o irmão era por ele ser adotado.

Sem nos alongarmos muito dentro da história familiar, o fato é que Antônio veio a ser novamente abandonado, já que em função do falecimento da mãe, o pai e irmão não conseguiram suportar a angústia, agressividade e uso de drogas dele, de modo que o pai pediu sua internação compulsória. Com o estabelecimento de seu quadro patológico a família não conseguia mais lidar com sua condição. Diante dessa situação de abandono, seu tio (aqui chamado pelo nome fictício de Luís) decidiu que não deixaria que o sobrinho acabasse sem os cuidados da família e o acolheu em sua casa onde passou a morar definitivamente quando tinha por volta de 34 anos de idade (anteriormente Antônio alternava alguns períodos entre a casa dos pais e a casa do tio). Antônio é usuário do CAPS Adulto há cerca de cinco anos e faz uso corrente de medicação prescrita. Ao longo do período em que a doença se instalou,

foram três as internações pelas quais passou Antônio, algo recordado por ele como um período de sofrimento muito intenso.

O Acompanhamento Terapêutico de Antônio

Antônio teve alguns acompanhamentos anteriores, antes deste que se desenvolve no ano de 2013, sempre visando o trabalho integrado ao CAPS, que entendeu que essa modalidade de atendimento traria benefícios a esse usuário. Atualmente, o AT realizado com Antônio tem frequência semanal de um encontro, geralmente aos finais de semana, com idas para locais públicos de lazer. Nesses espaços, Antônio é recorrentemente incentivado a estabelecer contato com outras pessoas, nas interações mais comuns possíveis, como é o caso de situações de pedido de informações ou mesmo a consulta do valor de um lanche ou bebida. Nesses passeios, prezamos pelo desenvolvimento da autonomia do acompanhado, intervindo apenas nos momentos em que tal gesto se faz necessário, diante de alguma situação mais complexa ou problemática.

Geralmente, Antônio é sempre muito cortês e gentil e está sempre disposto a fazer o que quer que lhe seja proposto. Algumas vezes trazemos opções de passeios e em outras, o passeio se dá em função de suas escolhas. Desse modo, já realizamos passeios ao SESC, museu do futebol (Antônio é corintiano roxo!), parques, à pinacoteca, shopping centers, praças nas redondezas de sua casa e também idas a bares e lanchonetes. Esses passeios tem seu caráter terapêutico clínico derivado da proposta winniciottiana de *placement*, que Safra (2006) descreve como uma modalidade de intervenção na qual é ofertado *um lugar* ao paciente, sendo este *lugar* dimensão fundamental do *self*. Partindo dessa premissa, o AT é capaz de oferecer um lugar que esteja de acordo com o modo de ser do paciente, que “permite que ele sinta-se reconhecido e possa se beneficiar da transferência subjetiva como um lugar a partir do qual poderá vir a reencontrar seu gesto frente a um outro ser humano, e desse modo projetar um horizonte possível para si mesmo” (p.19).

Inicialmente, a atual proposta de AT com Antônio começou com uma dupla mista, formada por um homem e uma mulher. Ao longo do processo ocorreu a troca da dupla, que passou a contar com dois acompanhantes terapêuticos (ats) do sexo masculino. Percebeu-se que a troca trouxe benefícios para Antônio, que passou a se sentir mais à vontade em fazer comentários de cunho sexual em nossa presença, além de dispor agora de dois “amigos” como ele mesmo nos chama. Foi observado um fortalecimento do vínculo entre acompanhantes-acompanhado e uma crescente atmosfera de confiança foi se estabelecendo, tudo girando dentro de um contexto em que o tratamento entre os ats e Antônio fosse permeado pela descontração e bom humor. Ele tem ótimas “tiradas” muito engraçadas, fazendo algumas piadas em função de situações que ocorreram nos encontros, algo que também demonstra que conta com boa preservação de sua inteligência, memória e cognição.

Assim, o processo terapêutico sempre visou fomentar as capacidades, as potencialidades do acompanhado, e mesmo no gesto mais simples reconhecer sua criatividade, pois isso se torna uma experiência integradora de seu *self* (BARRETO, 2012). Mas nem só de momentos descontraídos se desenvolveu o AT até aqui, houve momentos em que as questões persecutórias vieram à tona, onde esteve presente o temor da polícia ou de torcedores dos times rivais de Antônio, sendo questões recorrentes. Nesse momento, nossas intervenções foram feitas no sentido de apaziguar essas angústias persecutórias, usando das funções de *holding*, *continência* e *discriminação* e buscando através de nossa presença sempre proporcionar um lugar que evitasse que nosso acompanhado fosse invadido e tomado pelo pavor (Id. Ibid.).

O conjunto das ações esbarra em uma pedra angular: a Família

Conforme os encontros com Antônio foram sucedendo, percebeu-se que a família despendia um tratamento permeado de discursos que continha claramente termos estigmatizantes e que desvalorizavam sua pessoa. Identificamos que sua família, bem como outras tantas, enfrentava uma sobrecarga na convivência com

um portador de transtornos mentais, pois é muito difícil suportar a agressividade, angústia, surtos, entre outras atitudes que demandam grande dedicação dos familiares. Mesmo com a existência de outros problemas que dificultavam a dinâmica familiar, todas essas questões acabavam por recair sobre Antônio, que se tornou depositário e “válvula de escape” das frustrações, um alvo que recebeu o lugar de desvalia como sendo aquele que lhe competia. Assim, não lhe era concedido voto de confiança para realizar nem mesmo tarefas simples, já que ele era tido como incapaz e causaria maiores problemas, uma atitude que ia minando sua recuperação e o resgate de sua autonomia e potencialidades.

Melman (2001) nos diz que os familiares ficam sobrecarregados pelas demandas que envolvem todo o cuidado e a função de acompanhar os doentes, algo que envolve encargos econômicos, físicos e aqueles de ordem emocional. Sobre esse último aspecto, o autor cita o estresse, vivências de instabilidade, insegurança e os conflitos frequentes nas relações como algo cotidiano na vida da família. Nesse sentido, é papel dos ats fazer com que a família também possa se beneficiar do AT. Diante das angústias com que se deparam os familiares, a função de holding, mesmo que através de um simples estar junto ou mesmo através da escuta, torna-se algo com muito valor para o processo terapêutico como um todo.

Dentro do modo como Antônio se apresentava, percebemos a predominância de alguns delírios, entre eles, um que envolve figuras de autoridade. Ele nos atribuía papéis de autoridade, nos chamando pela patente de “coronel e capitão”, como se quisesse nos confiar alguma responsabilidade ou nos colocar em uma posição acima à dele, como agentes fálicos. Nossa compreensão tomava esse seu movimento como um desejo de adquirir potência, de ser capaz de realizações, de estar numa posição de maior autonomia, que se revelava por sua vontade de trabalhar e de um dia formar uma família. Além disso, não foram poucas as vezes em que dizia que haviam *roubado* sua vida, tamanha sua impossibilidade de realizações.

Uma de nossas intervenções se deu no sentido de fazer uso das figuras de autoridade para convidar Antônio a se colocar numa posição

de maior responsabilidade. Assim, ele seria o “capitão” e nós faríamos parte de sua tropa, ficando ele responsável em zelar pela nossa e também pela sua segurança (como ao atravessar a rua, por exemplo), além de manter o “quartel” (seu quarto) organizado. Esse nosso movimento foi colocado para o tio Luís, a fim de que o mesmo se sensibilizasse e pudesse confiar ao sobrinho qualquer mínima tarefa, lhe depositando confiança e o reconhecendo em suas pequenas evoluções. Percebemos que após nossa intervenção o tio incumbiu o sobrinho em tarefas simples, como a de levar a cadelinha para passear, resultando em uma modificação no comportamento do tio, pois o mesmo tem percebido que Antônio fica muito feliz em poder ajudar. Notamos que talvez não seja tarde para que a dinâmica entre tio e sobrinho possa mudar e ter mais momentos como esse, em que Antônio deixe de ser apenas alvo de broncas e xingos, mas que é incentivado por suas conquistas em pequenos gestos, aqueles que são notados como confiança depositada por aqueles com quem convive, valorizando assim, seus aspectos preservados e suas potencialidades.

Conclusão

A colaboração da família em valorizar o esforço e dedicação do portador de transtorno mental pode funcionar como um suporte extremamente positivo, fazendo este último se reconhecer como indivíduo em suas possibilidades, ou pode ser desagregadora e punitiva, que de um ponto de vista negativo age como uma barreira. Durante o acompanhamento até aqui, notou-se que a família pode não se colocar de maneira ativa, assumindo o que lhe cabe no processo de reinserção social do portador de transtorno mental, tarefa que muitas vezes a cargo apenas dos serviços dos equipamentos de saúde e de propostas terapêuticas como o AT.

A partir do novo modelo de saúde mental, a família está diretamente implicada no tratamento, e torna-se integrante de uma tríade, que envolve os equipamentos de saúde (CAPS) e o AT, quando este faz parte do processo terapêutico. Nossa entendimento sobre a família no processo terapêutico considera que

a família é uma aliada, uma parceira no processo de reabilitação psicossocial do usuário. A atenção psicossocial, associada ao protagonismo das famílias, vai facilitar a reinserção social do usuário e a promoção da saúde do núcleo familiar, considerando as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolvem o cotidiano da vida (MIELKE et al, 2010, p.764).

Mesmo que existam questões cotidianas que dificultem a relação dentro do contexto familiar e mesmo que essas questões por vezes adviem do trato com a patologia do doente mental, é importante essa família “dedicar-se de forma consciente a respeito do fato de ela também precisar de ajuda para poder, assim, contribuir para o tratamento do mesmo e melhorar o desempenho do AT. Acredita-se, aqui, que, além do trabalho em equipe, a família é primordial nesse processo” (CARNIEL, 2008, p.35).

Nesse sentido, as intervenções do AT são abrangentes não só ao acompanhado, mas, sobretudo, à família em seu sentido amplo, pois a promoção de qualidade de vida não está apenas relacionada a qualquer atividade que seja desenvolvida nos equipamentos de saúde, tão pouco ela está somente relacionada ao uso de medicamentos fundamentais ao tratamento. A promoção de qualidade de vida atravessa a qualidade das relações que são desenvolvidas dentro da família e estas relações são influenciadas pela visão e entendimento que se tem do doente. Parece claro que manter o doente em uma posição de desvalia e de incapacidade só vai prejudicá-lo em sua recuperação. Concluímos, portanto, que a postura familiar em atuar como agente ativo no resgate da autonomia e das potencialidades do portador de transtornos mentais é salutar.

Referências bibliográficas

Barreto, K. D. (2012). Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Dobra Editorial.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Carniel, A. C. D. (2008). *O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-06082008-143012/pt-br.php>

Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento Terapêutico: Que clínica é essa?* São Paulo: AnnaBlume.

Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.

Mielke, F.B et al. (2010). A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.12, n.4, p.761-765. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a23.htm>

Importancia del Acompañamiento Terapéutico Escolar como especialidad

PROF. LIC. BENÍTEZ, M. FÁTIMA¹

LIC. DEL CORRO, ROSARIO²

LIC. MACHADO, ROMINA³

PROF. LIC. MORÁN, JESICA⁴

Es de público conocimiento, para quienes estamos insertos en el mundo del Acompañamiento Terapéutico, el importante crecimiento suscitado en los últimos años de acompañantes que se insertan en el contexto escolar; no sólo para el trabajo con discapacidad sino también frente a situaciones de vulnerabilidad y necesidad de inclusión escolar.

Desde el Área de niños y adolescentes de la Fundación Sistere nos propusimos formar un grupo de acompañantes terapéuticos con la intención de responder a la creciente demanda. Bajo este objetivo construimos un espacio de supervisión y trabajo grupal desde el cual pudíramos detectar y decodificar la necesidad de cada caso en particular.

En un comienzo, fue necesario discernir y discriminar aquellos casos que requerían AT Escolar, por la especificidad de la intervención en este campo de inserción y reconociendo que por el desconocimiento de nuestro rol, muchas veces, era puesto en comparación con el de las docentes de apoyo a la integración.

Nos fue imprescindible definir las características del campo de lo escolar, sus dinámicas, sus tiempos, las funciones primordiales, las pautas tanto escolares como sociales esperables dentro de este espacio, reconociendo su importancia en la socialización de todo niño y

¹ Fundación Sistere mfatimab80@gmail.com

² Fundación Sistere. UCC. rodelcorro@hotmail.com

³ Fundación Sistere. UCC. UNC romimach@hotmail.com

⁴ Fundación Sistere. UCC licjesicamoran@gmail.com

adolescente, siendo el ámbito que permite el ingreso a la cultura, a la norma, posibilitando no solo aprendizajes académicos sino también entendiéndolo como espacio de encuentro con pares y lo que ello implica.

Sin embargo nuestra mirada hacia lo escolar necesitó ser mucho más amplia: al pensar nuestra intervención como at en este contexto, surgía como innovador la mirada clínica que podíamos aportar en dicho espacio, reconociendo la subjetividad del niño y posibilitando por medio de nuestro rol, trabajar en el plano de lo emocional, conductual y social para que luego, se habilite el proceso de aprendizaje, sin que sea este último nuestro plano de intervención.

En este camino de aprendizaje y construcción, nos encontramos actualmente, investigando en relación a la familia, a la escuela, a la constitución del psiquismo como intento de unir la experiencia con la teoría. Esto dio como resultado la necesidad de comenzar a escribir un marco teórico que ayude, encuadre, aloje al at que se inserte en la escuela.

Debido a ello, también acordamos como necesario la importancia de la formación específica desde la cual surge la creación del Seminario de Acompañamiento Terapéutico Escolar.

El mismo se desarrolla a partir de los siguientes pilares:

En primer lugar acordamos con la concepción de la niñez que propone Silvia Bleichmar, desde la cual partimos, y sus nociones de psiquismo abierto y neogénesis.

La infancia, supone situarla entre múltiple entrecruzamientos:

- El estado de indefensión del niño en etapas tempranas de la vida.
- La dependencia del amparo y sostén parental.
- Las condiciones del contexto sociocultural en el que el niño está alojado.

Es necesario considerar estos aspectos y que guíen la lógica de nuestras intervenciones. En relación al psiquismo abierto y neogénesis, dicha autora señala que: “(...) Proceso de neogénesis: algo que no estaba preformado, y que no hubiera llegado a instalarse por sí mismo, se produce en virtud de la intervención analítica.” (p. 37) Por lo cual,

este proceso apunta a fundar algo que no estaba previamente, abriendo la posibilidad de que se organice algo que no existía con anterioridad. (Bleichmar, 2008). Y continúa: “La idea de neogénesis remite a un aparato abierto; aparato que si bien tiene cerradas –en la mayoría de los casos- las vías de salida, tiene siempre libres las vías de acceso. Se trata de un aparato que siempre va a recibir elementos de lo real (...)" (p. 40)

Si transpolamos su teoría al campo del acompañamiento terapéutico, coincidimos que la inclusión de este dispositivo en la infancia, responde a una concepción del funcionamiento psíquico atravesada por una perspectiva de neogénesis: “Se trata de generar nuevos modos de producción simbólica que posibiliten la fundación y recomposición de los aspectos fallidos del funcionamiento psíquico, con el objeto de disminuir el sufrimiento e incrementar la potencialidad de pensar”. (Kuras y Resnizky, 2005)

Por otro lado, creemos necesario tener en cuenta que en este escenario tan particular, el AT Escolar interactúa con la escuela y la familia como institución.

Cuando hablamos de “institución” tomamos la definición de Lidia Fernández (1994) quien indica que “alude y refiere a normas-valor de alta significación para la vida de un determinado grupo social, fuertemente definidas y sancionadas, con amplio alcance y penetración en la vida de los individuos”. Entendemos entonces, que las instituciones no son neutras, impactan en la subjetividad de la persona y generan efectos sobre él. Toda la vida estamos atravesados por las mismas, y transitamos por distintas instituciones que dejan huellas en nuestro desarrollo.

Las instituciones, como tal, son objetos culturales, creaciones que tienen como fin posibilitar lo colectivo y grupal con un cierto orden, es por eso que toda institución tiene cierta cuota de poder implícito o explícito, que permite de esta manera su permanencia en el tiempo.

La subsistencia de las mismas en la sociedad es una manera de preservar la particular forma en que se distribuye el poder y el uso de los bienes económicos, sociales y culturales, por eso están tan arraigadas en nuestro transcurrir en sociedad.

Conocer estos sistemas “entre” los cuales tendrá lugar el AT Escolar, permitirá hacer un diagnóstico sobre la dinámica institucional escolar, sus códigos, sus normas, movimientos, puntos de tensión y conflictos, conocer a sus actores, saber con quién hacer alianza, cómo favorecer los canales de comunicación ya establecidos y fortalecer vínculos escolares con el niño que acompañamos. Las rutinas escolares, los horarios, los distintos espacios y costumbres, son parte de la identidad de cada institución y como at escolares es muy importante conocerlos, descubrirlos.

Estamos atravesados por la escuela, su movimiento y su actual crisis. Así como también por los deseos de los padres, sus fantasías, con los cuales también tendremos que buscar canales de comunicación y puntos de encuentro.

También nos fuimos encontrando con la necesidad de la construcción de herramientas, las cuales son indispensables por el momento evolutivo que atraviesan los niños y adolescentes que acompañamos, cuya brújula está guiada por la creatividad y las cuales nos posibilitarán pensar y repensar las intervenciones clínicas propias del AT en el campo escolar.

De esta manera, sostenemos que es imprescindible conocer la función del juego, su despliegue, la capacidad de simbolización como recurso con el que el niño cuenta para desplegar su mundo interno e interactuar. Winnicott (1979) sostiene que jugar no es un hecho entre tantos otros, es el hecho capital de la existencia psíquica en su *emergere*. Así, también tomamos de Rodulfo (1989) la idea de que el jugar siempre produce alguna diferencia, el jugar no deja las cosas como están. Hay siempre una transformación a partir del jugar, una producción de diferencia, ya sea mayor o menor.

De esta manera conociendo la importancia del juego en el psiquismo infantil, el at puede intervenir desde ese lugar, posibilitando sostener el juego, colaborando a que este se despliegue cuando no existe o estuviera inhibido, a mostrar al niño formas vinculares que se posibilitan en los espacios de juego en lo escolar.

Es así que en este camino de una constante investigación, de comenzar a plasmar nuestra experiencia por escrito y de una construcción incesante de aprendizajes con los distintos grupos con los que hemos compartido en el Seminario de Especialización en AT Escolar, vemos al espacio de formación específica como necesaria y fundamental para dar lugar a la apertura a nuevos interrogantes, para debatir sobre nuevas maneras de trabajar en las cuales las instituciones de salud y educación se encuentren para pensar a los niños/as y adolescentes que transitan por ellas. Apostamos al trabajo en equipo, al debate, a la escucha abierta, al diálogo para continuar y ampliar aún más, esta ida y vuelta de creación y aprendizaje.

Bibliografía

Bleichmar, S. (2008). *Violencia Social – Violencia Escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Bs. As. México: Noveduc.

Fernández, L. (1994). Instituciones Educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas. Paidós. Bs. As. Argentina.

Foucault, M. (1984). *Vigilar y Castigar*. Madrid. España: Siglo XXI Editores

Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. España: Gedisa.

Resistencias familiares al dispositivo de AT¹

SERGIO NICOLÁS ANDORNO²

Algunas reflexiones acerca de una de las problemáticas que seguramente muchos de nosotros hemos tenido que transitar al recorrer el noble camino del ejercicio del acompañamiento terapéutico.

Muchas veces me he encontrado con colegas que me contaban que con la familia de aquel paciente no se puede trabajar, que la familia de aquel otro no me deja trabajar tranquilo poniendo trabas a cada paso... muchas veces me he encontrado a mí mismo pensando cosas por el estilo, al tener que vérmelas con demandas familiares del tipo de niñero, enfermero, vigilante, mucamo, cocinero, profesor particular de química, etc. Familiares que indiferentes a nuestra formación, rol específico y de la presencia de profesionales a cargo, pretenden presentarse como los directores del tratamiento o desarrollan cierta habilidad para reducir o boicotear con un máximo de precisión todo tipo de propuesta o logro terapéutico.

Estas cuestiones podrían pensarse como el producto de cierto modo de funcionamiento y armonía de una estructura familiar consolidada. En este sentido las familias se configuran a partir de las características de los miembros que la componen y su ubicación dentro de esa trama relacional.

El tipo de familias con las cuales nos relacionamos en nuestro trabajo tienen dos particularidades: una, la de contar con un miembro con ciertas limitaciones producto de un deterioro, enfermedad detectada o accidente. Dos, la de no tomar el camino del abandono, la de alojar a este miembro y reconfigurar los proyectos grupales en torno a las

¹ Trabajo presentado en Mesa de Trabajos Libres. Mención especial entre los seleccionados para el Premio Federico Manson 2015.

² Presidente del CISMAT (Centro Integral de Salud Mental y Acompañamiento Terapéutico) Asociación Civil N° A-3.859 – Misiones. Cismat.misiones@gmail.com

necesidades especiales que este integrante presenta. Ubicado en cierta posición invalidante a partir de su desvalimiento (real y específico) se va entretejiendo una historia a partir de la cual los restantes miembros del grupo familiar deben asumir roles asistenciales diversos, omnipresentes, imprescindibles, con una gran cuota de energía, atención y vitalidad, lo cual delimita posiciones bien definidas de asistido-asistentes dentro de un funcionamiento constituido con una historia, una identidad familiar afianzada y consolidada con el tiempo, como así también los goces y beneficios propios de cada posición.

En este sentido, bajo los principios orientadores de esta práctica y el acompañamiento del paciente en su proceso de recuperación, nosotros intentamos, mediante los recursos con los que contamos, brindarle un espacio diferente y sobre todo más habilitante, un espacio en el cual esta persona que oficia de paciente o acompañado se encuentre con otra faceta de sí mismo, donde sea capaz de sentirse diferente y ocupar una posición, que escape a la objetivación de su entorno, que él mismo pueda ir definiendo e invistiendo a la vez. Personalmente me gusta hablar de volverlos más impacientes de su condición de pacientes. Son en estos intentos de trabajar por la emergencia de su subjetividad donde nos encontramos confrontados por su medio social, su familia. Así es que atentamos contra el funcionamiento familiar dado; así es que venimos a romper con un equilibrio tan laborioso y cuidadosamente logrado a través del tiempo.

En la medida de que nuestro paciente comienza a recuperarse, a ocupar un rol más proactivo, demandante de otra cuestiones, con mayor autonomía y autodeterminación, también comienza a necesitar cada vez menos asistencia; lo que da por resultado que del otro lado comienza a haber gente cada vez menos necesitada en su rol asistencial, lo cual implica ciertos tipos de renuncias que no todos los familiares están dispuestas a llevar a cabo:

- Renuncia a tener un parente, amigo, pareja o hijo “especial”.
- Renuncia a un tipo de vínculo parasitario, que implica el trabajo de construir otro tipo de vínculo menos simbótico e inimaginable hasta el momento.

- Renuncia a la dedicación y preocupación permanente, lo que implica tener mas espacio mental para ocuparse de su propia vida o matrimonio.
- Renuncia a la posición de poder y control casi absoluto sobre esta persona desvalida.
- Renuncia a la juventud y vitalidad eterna requerida para sostener esa relación asistencial permanente.

Todas ellas fruto de esos roles que en algún momento se asumieron espontáneamente para sobre llevar la mala noticia y/o compensar las limitaciones propias de una persona que se encuentra en inferioridad de condiciones por padecer tal o cual trastorno.

Volviendo a la estructura familiar dada, y a la situación actual bajo la cual recibimos la demanda de AT, al modificar las condiciones de vida (suponiendo que ese cambio es para mejor) de uno de los miembros implica un planteo diferente para el funcionamiento familiar, siendo la respuesta natural de cualquier estructura constituida, frente a un panorama de cambio, la resistencia. Los boicots a las actividades propuestas, muchos de los cuestionamientos al dispositivo de AT o al tratamiento en general, disconformidades o criticas personales a los acompañantes terapéuticos, como así también las adulaciones (tales como ángeles de la guarda, salvadores de la familia, el terapeuta de la pareja parental, el hermano que hubiese querido darle, etc.) que buscan cierto grado de complicidad y corrimiento del rol, no son mas que modos de resistir.

Creo que este modo de comprender estas cuestiones nos posibilita obtener una perspectiva más clara acerca del contexto familiar del paciente, a partir de la cual podamos pensar y elaborar estrategias de acción que nos facilite el desarrollo de nuestro trabajo de modo más eficaz, ético y a su vez nos permita sostener los logros alcanzados con el paciente.

Me gustaría aclarar que este planteo no intenta negar la particularidad de cada caso, al contrario, intenta afirmarla en el sentido de que no todas las familias se presentan con el mismo grado de resistencia, o los mismos métodos para resistir, aunque crea que en todas se pone en juego de modo mas o menos evidente estas cuestiones. Su singularidad resulta del entrecruzamiento de diferentes factores que definen al entorno:

- Capacidad de renuncia,
- Grado de narcisismo puesto en esa relación,
- Grado de rigidez mental de los miembros,
- Proyectos individuales y grupales,
- Capacidad de disfrute,
- Capacidad de generar y sostener lazos sociales exogámicos.
- Y seguramente otros....

La particularidad de cada caso nos enriquece y nos presenta siempre nuevos desafíos, nuevos desafíos para pensar nuevas estrategias, que van a depender de la creatividad y de los recursos con los que cuente cada acompañante en ese momento, destacando como recursos más importantes de nuestra práctica, el trabajo en equipo, la supervisión y/o coordinación del caso.

Personalmente el trabajo de ser *at* siempre me resultó muy gratificante, (supongo que para compensar la tardanza en el pago de las obras sociales) y estas gratificaciones tienen que ver con las condiciones de posibilidad, con las experiencias compartidas reveladoras de aptitudes y fortalezas conservadas en los acompañados y las potencialidades que voy descubriendo en cada paciente que me toca acompañar. Es esa cuota de misterio que se va revelando en el devenir incierto de cada momento, que por formar parte de una secuencia de vivencias compartidas, va abriendo un abanico de nuevos sentidos y posibilidades para trabajar a cada paso. La novedad con la que tropezamos, ansiada o crítica, nos desafía a la creación de nuevos planteos o estrategias posibles, de modo que esto nuevo pueda capitalizarse y sostener lo terapéutico del vínculo.

Retomando la cuestión de los obstáculos que el entorno de nuestro acompañado puede generar, además de ser asumido, no como una cuestión personal, sino como una reacción natural de todo funcionamiento constituido, debe ser considerada la necesidad de una intervención estratégicamente pensada para poder continuar con el proceso transformador que plantea cualquier tratamiento.

Al momento de ser confrontados por los portavoces de los aspectos más conservadores del sistema familiar, el *at*, que nunca deja de ser un agente exogámico, se ve en la disyuntiva de contestar

afirmativa o negativamente a la demanda o cuestionamiento realizado. Mi experiencia como at cuyo compromiso implicó siempre contar con una buena supervisión, me ha demostrado que cuando las opciones son “A” o “B”, la mejor respuesta siempre es “C”.

Si planteamos que la naturaleza del reclamo o demanda no correspondiente con nuestro rol, **esto** remite en realidad a una reacción contra el panorama de transformación del que somos promotores. Entonces cualquier respuesta a la misma que continúe en el mismo eje imaginario en que fue enunciada, terminará por atraparnos en esa red de sentidos que en definitiva se tejió para encubrir la angustia que todo cambio conlleva. Adoptar una posición defensiva de dar la explicación correspondiente o remitirse al encuadre acordado una y mil veces, resultará en un gasto de energía permanente que nos alejará cada vez más de los objetivos propuestos y sólo logrará un redoblamiento de tales resistencias que atentará contra la continuidad del dispositivo de AT.

Es por ello que lo recomendable resulta de la toma de distancia respecto de las confrontaciones y una respuesta efectivamente apaciguadora. Si el cambio es lo que asusta, sería realmente estratégico en principio no prometer grandes progresos o hacer alarde de los logros alcanzados con el acompañado; otras veces será necesario solapar las nuevas conquistas terapéuticas. No son sólo los tiempos del paciente los que se ponen aquí en juego, sino también los tiempos del contexto social más cercano en el cual se despliega la existencia del acompañado. Una respuesta asertiva siempre debe, no sólo contemplar este aspecto, sino también dejar constancia de que tales vínculos naturales del acompañado nunca serán infringidos por nuestra presencia. Donde nuestro vínculo con el acompañado se proponga como garante de la continuidad de tales lazos sociales, ya que en la medida de que nos sostengamos en nuestro rol las transformaciones resilientes serán inherentes al devenir de nuestros encuentros.

Por lo tanto si percibimos que desde el entorno se proponen comentarios o actitudes que busquen corrernos de nuestro rol de ats será importante estar advertidos, ofrecer respuestas que afirmen la incompletud, carencia o rasgo vicariante de nuestra posición frente a la suya. La estrategia consistirá en re-direccionalizar la mirada puesta en

la potencialidad transformadora (“peligrosidad”) de nuestro vínculo hacia la necesidad y contundencia de su protagonismo en la vida del acompañado.

En este escrito me he referido casi exclusivamente al funcionamiento familiar, tomando a “la Familia” como un escenario donde pueden tener cabida estas resistencias como fenómenos propios de su dinámica. Pero “la Familia” constituye un espacio institucional posible en el que se encuentre co-existiendo nuestro acompañado, por lo que estos desarrollos bien podrían ser aplicados a cualquier otro contexto institucional donde este habite y nos toque acompañarlo, como por ejemplo: Escuelas o centros educativos, clínicas o salas de hospitales psiquiátricos, geriátricos, centros de día, etc., cada uno con su particular modo de funcionamiento establecido.

No existen recetas, solo planteos o principios orientadores que sirven al desarrollo de nuestra práctica, práctica ligada a una ética que le da sentido a la especificidad de nuestro rol. Los acompañantes terapéuticos trabajamos para la recuperación del paciente, para el restablecimiento de su dignidad y de sus derechos. Nuestra praxis no está ligada a ser funcionales a un determinado modo de funcionamiento institucional, a emparchar los agujeros que el mismo funcionamiento genera, a obtener los beneficios propios de responder al pie de la letra a las demandas de su entorno, a distraer o tranquilizar al paciente en pos de su sometimiento. Nuestro rol debe ser instituyente, debe estar relacionado con brindar un espacio diferente que promueva el surgimiento de sucesivas transformaciones terapéuticas relativas al desarrollo de un mayor grado de autonomía, autovalimiento, reposicionamiento subjetivo, inserción en nuevos espacios sociales y comunitarios... Acompañar hacia una meta, dejándonos atravesar por los acontecimientos encontrados, superando obstáculos y asumiendo que lo incierto de lo que queda por delante nos da cuenta de que no todo está escrito.

Capítulo 4

Caminos/ Formación del at y Políticas Públicas

“Si pensamos a la singularidad como algo que emerge entre otros, la singularidad de una práctica sólo puede emerger al ser situada entre otras. Se trata del trabajo de formalización. La formalización no es prescriptiva (no dice lo que hay que hacer) sino retroactiva (piensa lo que hicimos). Pero piensa lo que hicimos para extraer recursos de los que podamos disponer en el futuro. La formalización es la construcción/ deconstrucción permanente de una caja de herramientas.”

Franco Ingrassia, *Intervenir en situación. El acompañamiento terapéutico como práctica de discurso.*

Fronteras del acompañamiento terapéutico

LEONEL DOZZA DE MENDONÇA¹

A veces ocurre que profesionales que intervienen en la comunidad, al escuchar una charla o leer algo sobre Acompañamiento Terapéutico dicen: “yo hago AT”, cuando de hecho nunca han hecho ningún tipo de formación específica en este campo.

Si bien la principal especificidad del Acompañamiento Terapéutico consiste en que tiene lugar en la comunidad, ello no significa que toda intervención en la comunidad sea AT.

¿Cuáles serían, entonces, los elementos que constituyen las fronteras del AT en relación a otras prácticas similares pero distintas?

No se trata aquí de intentar convencer de que el AT es mejor que otras prácticas comunitarias, sino de discriminar; porque si a todas las mujeres las llamáramos Carmen, no tendría sentido llamar Carmen a ninguna mujer.

En primer lugar, diría que para hacer AT uno tiene que pensar como un Acompañante Terapéutico (e intervenir en consecuencia a este pensar) y para pensar como un AT uno tiene que formarse en AT. Formarse fundamentalmente en el sentido de poder pensar e intervenir desde los pilares fundamentales del AT, que según mi punto de vista (creo que en sintonía con un cierto pensar más o menos general) serían:

Formarse en una Concepción Vincular de la existencia humana y, más específicamente, del sufrimiento y el enfermar psíquico. Estudios recientes apuntan a que definitivamente los factores genéticos no son decisivos en la gestación y cronicidad de una patología mental grave. El factor decisivo es la historia vincular pasada, presente y futura del sujeto.

¹ Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, Director del Centro de Día y del Equipo de Apoyo Social Comunitario “Parla”. (Comunidad de Madrid y gestionados por Fundación Manantial). ldozza@yahoo.es

Desde esta Concepción Vincular estamos todo el tiempo valorando las relaciones vinculares del sujeto a nivel familiar, los vínculos que establece en su comunidad más cercana (conserjes, camareros, vecinos, establecimientos comerciales, amistades) y también los vínculos que establece con nosotros y nosotros con él, los vínculos en el equipo tratante, entre equipos etc.

Un at, sean cuales sean los objetivos formales del caso, siempre tratará de enfocar la intervención desde una metodología vincular.

Si el objetivo formal es desarrollar una mayor autonomía en Actividades de la Vida Diaria (imaginemos que el paciente vive sólo y “no sabe” poner la lavadora, cocinar etc.), el at tratará de pensar, en coordinación con el equipo, qué tipo de vínculos (de dependencia, sobreprotección etc.) han dificultado la autonomía en estos aspectos, y también pensar en cómo el paciente (y a veces la familia) tiende a reproducir esos vínculos con los profesionales. A la vez, empleará estrategias fundamentalmente vinculares para manejar esta situación.

La primera y principal Tarea de un at es establecer un vínculo positivo y de confianza; de modo que si este supuesto paciente no quiere saber absolutamente nada acerca de las Actividades de la Vida Diaria (AVDs), puede que la estrategia más adecuada consista en evitar, por lo menos al comienzo, hablar de este tema, porque si no probablemente este paciente empezará a no abrir la puerta de su casa al at.

Si ante el objetivo (plantado por el psiquiatra, familiares etc.) “trabajar AVDs” el profesional se limita a una función pedagógica o asistencial, sin tener en cuenta los aspectos vinculares (familiares, sociales, con el equipo), por más que se intervenga en la comunidad entendemos que esto no es AT. No discutiremos aquí si es mejor o peor: es otra cosa o, si acaso, un at que debe revisarse en profundidad.

Por otra parte, sabemos que la totalidad de la práctica de los at está atravesado por una serie de demandas hacia su persona: demandas de los familiares, del psiquiatra/terapeuta etc.; y que estas demandas lo empujan a actuar de una forma asistencialista o pedagógica, es decir: le hace salirse de la estrategia vincular, aunque paradójicamente, eso que lo lleva a salir de lo vincular es precisamente un fenómeno vincular.

Y es aquí en donde situaremos otro pilar que dibuja la frontera del AT en relación a otras prácticas: la supervisión. Sabemos a ciencia cierta que cualquier ser humano tiende a alienarse ante ese tipo de demandas que recién comentábamos; y para que ello no se haga crónico hace falta un tercero, el supervisor, aunque también (si hay) el coordinador del equipo, compañeros etc. Escribir también cumple una importante función de otredad, y desde luego muy recomendable la psicoterapia personal del at.

En definitiva, para intervenir desde un enfoque vincular hace falta formación y supervisión, sin lo cual muy probablemente el profesional se limitaría a “asistir y enseñar”, lo cual desde nuestra perspectiva se ubicaría “fuera” de las fronteras del AT.

Otro aspecto fundamental, es la formación en lo que denomino Metodología o Clínica de lo Cotidiano². En este contexto, sólo señalar que el hecho de que el at intervenga desde una perspectiva vincular, no se trata, por ejemplo, de que esté constantemente haciendo una psicoterapia ambulante o a domicilio. El término Clínica de lo Cotidiano viene a indicar que, más allá de la comprensión clínica que podamos tener de esos procesos vinculares, el AT se procesa en gran medida mediante situaciones e Intervenciones Escénicas.

Dando un paso más, en este intento de dibujar las fronteras (aunque difusas) del AT, diría que otro pilar que lo diferencia de otra prácticas es el Encuadre.

En lo que respecta al Tiempo, en AT se interviene desde un encuadre fijo (que no rígido), es decir, se encuadra las citas, por ejemplo, los lunes y los jueves de tal a cual hora. Por supuesto, de ser necesario para la consecución de la Tarea, se pueden pactar cambios, pero estos cambios se dan sobre una referencia estable.

El aspecto temporal del encuadre es un gran facilitador de la vinculación y la consecución de la Tarea, es una referencia estable que permite valorar los procesos vinculares que se van desarrollando.

Hay prácticas de apoyo que consisten en ir a la casa del paciente

² Véase mi libro “Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano”, Buenos Aires, Letra Viva.

o usuario sin un encuadre fijo, en situaciones puntuales para atender a determinadas demandas/necesidades, pero de forma no constante. No digo que en tales casos no se establece un vínculo (claro que sí), ni que este vínculo no pueda ser positivo y de confianza, pero faltará este elemento constante desde el cual valorar e intervenir sobre el desarrollo del vínculo.

Por otra parte, en AT intervenimos desde un Encuadre Abierto. Por lo general, nos hemos formado y acostumbrado a trabajar con un encuadre cerrado. En la consulta, o cuando coordinamos un grupo o taller, tratamos de asegurarnos de que no habrá la participación no planificada de terceros, porque para la tarea que estamos llevando a cabo (psicoterapia, grupo), ese es el mejor encuadre.

Sin embargo, cuando la tarea consiste precisamente en sanear y potenciar los vínculos cotidianos, familiares y comunitarios, tenemos que operar desde un encuadre abierto, es decir, abierto a la participación, por lo general no planificada, de terceros, ya sea el camarero, conserje, vecinos, amigos y familiares del paciente. Por ello, en las supervisiones, yo siempre cuestiono cuando el AT dice “estaba hablando con el paciente, pero vino la madre y nos interrumpió... o el camarero... o el paciente me dijo que si su amigo podía venir con nosotros y no supe qué decir.”

Si intervenimos desde la noción de Encuadre Abierto, estas situaciones dejan de ser “interrupciones” o “ataques al encuadre” y pasan a percibirse como situaciones que pueden contribuir en la consecución de la tarea.

Yo diría que en la Clínica de lo Cotidiano, la estructura del encuadre es abierta, lo cual no significa que, desde el punto de vista dinámico y teniendo en cuenta cada caso y situación, no se pueda establecer puntos de cierre.

El encuadre abierto es una característica específica (no necesariamente exclusiva) del AT, porque hay muchas prácticas en la comunidad en las que el profesional va a hablar exclusivamente con el paciente. Es decir, pese a que está en el domicilio o en la comunidad, interviene desde un encuadre cerrado.

Por último, diremos que el AT, por sí sólo, no es el tratamiento,

sino algo que puede incluirse en la estrategia de un tratamiento. Es decir, que si una madre o padre piden un at privado para su hijo, y el profesional nunca llega a coordinarse con el psiquiatra o equipo responsable del caso, también diremos que esto “no es AT”, porque para que sea AT tiene que estar en coordinación con la estrategia de tratamiento.

Cierto es que algunos equipos/profesionales no facilitan esa coordinación, pero eso ya es otro tema. En todo caso, forma parte del trabajo del at gestionar esa dificultad.

En las supervisiones es común que los at digan: “he intentado hablar con el psiquiatra, pero no me devolvió la llamada”. Cuando se le pregunta al at cuándo hizo esa llamada, puede que diga: “bueno, hace más de un año”.

Entonces, no hay que perder de vista este aspecto de la tarea y buscar estrategias: por ejemplo, proponer que el paciente o algún familiar le comente al psiquiatra/terapeuta que a su at le gustaría poder hablar con ellos.

A veces también ocurre que el paciente se niega tajantemente a que el at se comunique con otros profesionales, y sería un error si por un purismo técnico el at se negara de entrada a Acompañarle. En este tipo de situaciones el at debe explicar la importancia de la coordinación al paciente y por lo menos dejar un margen de tiempo para poder entender lo que ocurre y tratar de gestionar esta situación.

Por otra parte, también me parece legítimo (y es AT) si, no habiendo un tratamiento debido a que el paciente se niega tajantemente, al at se le convoca para tratar de montar una estrategia de tratamiento (facilitar la vinculación con otros profesionales o dispositivos); pero, de empezarse un AT en estas circunstancias, el at debe de tener claro que la tarea principal es “formar equipo”, sobre todo si se trata de un “caso grave”.

Incluso dejo también un margen de flexibilidad en el sentido de que, con determinados casos, digamos “no tan graves”, quepa la posibilidad de que un at asuma solo el caso, pero debe de tratarse de at experimentados y, por supuesto, con supervisión y una red de apoyo.

En resumen, para que sea AT y produzca los resultados que se espera, tienen que estar todos los elementos, por lo menos potencialmente, a saber:

La formación específica (concepción vincular y clínica de lo cotidiano)

- El encuadre: estable y abierto.
- La supervisión/coordinación del equipo
- La inclusión en la estrategia del tratamiento.

A veces están unos y otros no. Por ejemplo, un profesional puede tener formación en AT, trabajar desde una perspectiva vincular y con una noción de encuadre y, sin embargo, desentenderse completamente de todo tipo de coordinación con el equipo tratante. El supervisor debe señalarlo.

Para finalizar, decir que desde hace muchos años vengo brindando formación a profesionales que realizan intervenciones comunitarias que no son AT ni pretenden serlo; es decir, que las herramientas y conceptos del AT pueden potenciar la capacidad de intervención de estas prácticas. Así, por ejemplo, uno puede trabajar en un Centro de Día y emplear la noción de Encuadre Abierto en determinadas actividades, o bien intervenir con Intervenciones Escénicas, o utilizar los fundamentos de la Clínica de lo Cotidiano en algunos grupos³ etc.

³ Ver el artículo sobre el Espacio de Familias y Allegados creado por Rosa María Reyes <http://leonelozza.blogspot.com.es/2011/12/creando-otro-espacio-de-encuentro-en.html#more>

Reflexiones a propósito del Congreso Internacional de AT 2015

CLAUDIA TORCOMIAN⁴

El Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico 2015 coorganizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba a través de la Secretaría de Extensión de la Facultad fue sin duda un gran evento de amplia convocatoria. Participaron conferencistas extranjeros, contribuyendo a traspasar las fronteras de nuestro territorio y enriquecer un pensamiento Latinoamericano e internacional. Los congresos son encuentros entre pares, oportunidades para compartir las producciones de conocimiento; sistematizaciones de prácticas y experiencias que bajo la rigurosidad de la lectura y escucha de otros colegas o compañeros de trabajo hagan posible la reflexión tanto sobre el conocimiento producido como sobre las prácticas que llevamos a cabo en nuestra labor profesional o técnica de todos los días.

Sin embargo, este no fue un Congreso más, sino que se convirtió en un espacio propicio para debatir sobre un tema nodal: el acompañamiento terapéutico, su lugar en los equipos interdisciplinarios y más específicamente el futuro de su formación...

Venimos atravesando momentos históricos en el país, en las carreras de Psicología de gestión pública con el programa interinstitucional de Salud Mental y particularmente en esta Facultad de Psicología que por primera vez está trabajando fuertemente en la apuesta de la creación de una carrera corta de AT en la universidad pública. Hoy esta carrera consta con la aprobación de su plan de estudio por parte de la Facultad de Psicología y por el Honorable Consejo Superior de la Universidad Nacional de Córdoba.

⁴ Decana Facultad de Psicología, UNC.

La Psicología se caracteriza por la diversidad de teorías y aplicaciones que dan origen a un amplio espectro de interpretaciones sobre la realidad. Esta pluralidad tiene orígenes históricos, científicos y epistemológicos muchas veces diferentes por los contextos sociopolíticos en los que surge. Es para esta disciplina un desafío dar respuesta a la formación en temáticas actuales que responden a necesidades e intereses de las nuevas generaciones.

La Psicología como ciencia está avanzando en el mundo en múltiples áreas que hoy podríamos considerar aún de vacancia a nivel local. Esta polivalencia convoca a investigadores y docentes a reflexionar sobre la articulación de los desarrollos científicos y profesionales que articulen con los proyectos de crecimientos de los países, en especial en la región de América Latina. Así mismo esta es una de las razones por la cual hay marcadas tendencias de incremento de jóvenes interesados en estudiar la licenciatura de Psicología.

En el contexto Nacional se ha avanzado en la aprobación de un conjunto de leyes para promover mejoras en la calidad de vida de las personas y ciudadanos entre las que se encuentra la Ley de Salud Mental N°26657 y la ampliación de los derechos de niños y niñas, las mujeres, entre otras.

Por otra parte y como parte de las transformaciones durante la última década en el país se ha avanzado en la obligatoriedad de la escuela secundaria, por lo que cada vez son más los jóvenes que buscan continuar sus estudios superiores en la Universidad Pública, lo que obliga a pensar en diversificar las propuestas de formación en Educación Superior incluyendo las alternativas de carreras cortas.

Este antecedente pone de manifiesto la necesidad de nuevos horizontes que permitan a los jóvenes avanzar en carreras universitarias que conjuguén su área de interés y al mismo tiempo generen graduados capaces de intervenir en un corto plazo ante necesidades sociales relevantes de las personas que lo requieran o necesiten. Sabemos que un número considerable de nuestros estudiantes realiza cursos y trabaja como “at”.

Es en este sentido que consideramos la necesidad social, educativa, institucional y académica poner en marcha de Tecnicaturas sobre temáticas acordes a las necesidades e intereses de la comunidad de influencia del contexto provincial y nacional de la Carrera de Acompañantes Terapéuticos en el ámbito de las Facultades de Psicología asumiendo la responsabilidad y compromiso de su formación en el ámbito de la educación superior de gestión pública como así también de otras tecnicaturas afines al campo de la salud mental.

En particular, se presentan en la actualidad varias unidades académicas que conforman la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPsi) por estar altamente involucradas en las sanciones de las leyes de Salud Mental, la necesidad de presentar ofertas sobre Tecnicaturas de Acompañamiento Terapéutico que abonan al trabajo interdisciplinario de los equipos de salud en los campos sanitarios donde el acompañante terapéutico se constituye en un recurso valioso.

Estoy convencida, conjuntamente con mis colegas de AUAPsi, sobre nuestro deber de involucrarnos para habilitar esta formación en nuestras Facultades. Esto se funda, por un lado, en la necesidad de dar respuesta a la formación de AT en el marco de universidades públicas para homogeneizar y fortalecer sus procesos formativos y, por otro, para contribuir con la implementación de nuevas leyes que apuntan a la inclusión de personas con padecimiento psíquico y /o necesidades derivadas de diferentes circunstancias. Vienen a mi memoria las palabras que hace pocos días dijera el Prof. Martín de Lelli en la jornada interna de capacitación sobre el tema “*la Ley necesita AT*”.

La ley de Salud Mental y el trabajo para su implementación, que aún no se consigue plenamente, ha puesto en evidencia la necesidad del trabajo interdisciplinario en Salud Mental, trata e intenta con muchos obstáculos, de sacarnos de tiempos históricos oscuros, donde la salud mental estaba relegada al encierro y al olvido para invitarnos a cambiar el paradigma con los que interpretamos la enfermedad psicológica y o el sufrimiento psíquico de las personas que padecen y requieren ayuda.

En este contexto la ciencia y profesión psicológica es puesta en valor así como el rol de los *at*. En este cambio teórico, epistemológico,

metodológico y estratégico de la intervención en Salud Mental es fundamental la incorporación de técnicos que contribuyan al desafío de la transformación de las prácticas en salud mental y salud psicológica tanto en los hospitales o instituciones de salud como en las instituciones educativas.

Es necesario cambiar nuestros modos de comprender los problemas, la transformación de los dispositivos de trabajo, re-inventar y recrear las modalidades de tratamiento que no permitan la exclusión familiar y social de las personas con padecimientos, ya sea que están provengan de dificultades sensoriales, motoras o psicológicas, para brindar alternativas en pro de una mejor calidad de vida para todas las personas

Debemos formar profesionales y técnicos capaces de colaborar y participar con diferentes equipos de atención de problemáticas que se presentan en el tratamiento de pacientes en modelos de puertas abiertas y tratamientos ambulatorios y/o distintas instituciones de salud, educativas y sociales en sentido amplio.

¿Desarmamos lo claro y evidente?

MARÍA EUGENIA ROSSI⁵

El propósito de estas líneas es problematizar los modos en que se presentan muchos de nuestros alumnos al Curso de Formación Profesional en Acompañamiento Terapéutico de la ciudad de Mar del Plata. Supuestos iniciales bajo los que se sostienen fuertemente arraigados, estructuras de pensamientos acabados, búsqueda de ideas claras y evidentes, ligadas al discurso filosófico cartesiano que conduce al saber y a la razón.

Tomo como punto de partida la exploración de uno de los supuestos filosóficos que ha sido deconstruido por el Psicoanálisis. A tales fines voy a circunscribirme a la noción de conciencia o subjetividad tal como la entendía la Filosofía Moderna.

La palabra deconstrucción da la idea de desmontaje. Siguiendo a Derrida, deconstruir alude a descomposición de una estructura o pensamiento dominante o hegemónico, sin destruirla jamás, sino para relacionarse con eso deconstruido como un pensamiento, como una palabra viva, es sobretodo diferencia, multiplicidad, acontecer, actividad.

Deconstrucción alude a cómo se ha construido un pensamiento cualquiera a partir de procesos históricos y acumulaciones metafóricas, mostrando que lo claro y evidente dista de serlo, puesto que los útiles de la conciencia en que lo verdadero en sí ha de darse son históricos, relativos...

Fue Descartes, con “Discurso del Método”, quien desplaza a Dios como centro revelador de la verdad, e instala al Hombre en tanto pensamiento, subjetividad, como punto de partida a todo razonamiento. Se inaugura así el llamado Modernismo. Todo un pensamiento subversivo, ya que cuestiona el orden teológico.

⁵ Directora del ISA (Instituto Superior Acontecer). Vicepresidente de AMAT (Asociación Marplatense de Acompañantes Terapéuticos). mariaeugeniarossi@yahoo.com.ar

Descartes pretende constituir un saber absoluto, sin supuestos, centrado en el sujeto. Para Descartes, la subjetividad es el fundamento absoluto y a la vez el lugar del fundamento absoluto. Porque para él, el *ego cogito* (yo pienso) constituye no sólo el punto de partida y primera verdad absolutamente evidente en tanto produce certeza, sino porque al mismo tiempo toda la realidad queda referida al *cogito*, al yo sujeto, a la razón, que será fuente de validez y legitimación de cualquier contenido. El *cogito* se erige así en criterio epistemológico de verdad pues sólo la razón es fuente de validez.

“Yo no sé nada que atañe a mi esencia, excepto que soy una cosa que piensa, es decir, una cosa que tiene la posibilidad de pensar”. (Descartes, R., Meditaciones Metafísicas, p.38, Ed. Aguilar, Buenos Aires, 1973)

Alineado a este discurso nos encontramos con el Modelo Médico Positivista, situando una clínica de generalización con pretensión universalista. Es ya sabida la existencia de conocimientos universales y necesarios propios de la ciencia, todo conocimiento que pretenda ser riguroso debe aspirar al status universal y necesario. Luego de haber realizado una evaluación de los signos y síntomas que se observan en un sujeto se arriba a un diagnóstico (que suele ser fijo, inamovible y estanco). Ese diagnóstico define el tratamiento a realizar y el pronóstico; por lo tanto se advierte una correlación entre las manifestaciones de un sujeto y las categorías que se encuentran en los manuales diagnósticos, quedando ausente la dimensión del sujeto que padece.

Encuentro recurrente esa lógica de pensamiento en los alumnos que se acercan a formarse, al buscar aún más certezas, evidencias, respuestas estancas, fijas y acabadas, siendo la Razón la única fuente de validez. La lógica de la clínica de la Medicación genera una fascinación y un encantamiento inmediato, producto de la ilusión de que hay una pastilla para resolver cada psicopatología.

El tema es que cuando uno está encantado.... ¡no puede pensar! Queda encandilado, fascinado tal como le ocurre a un toxicómano con el objeto, cualquiera sea este... fascinación que obtura la posibilidad del movimiento, del pensamiento...

La apuesta desde la formación sería problematizar y desarmar lo claro y evidente, desarmar y volver a armar dando acogida a una dimensión ausente que es la que nos interesa privilegiar: la subjetividad de quien padece...

Problematizar y desarmar esa lógica de pretensión universalista y cultivar en los alumnos un modo de introducir lo inimaginable, lo peculiar de cada sujeto, para desde allí los futuros atpuedan disponerse hacia esta aventura vincular, centrada en la escucha y la diferencia.

La capacitación en AT apunta a marcar en las diferentes instancias de formación la diferencia sustancial entre los modos de intervención habituales y la Teoría psicoanalítica.

El psicoanálisis puso en el centro de su campo de investigación la relación del sujeto con el lenguaje, abriendo una nueva perspectiva no sólo para la clínica que estudia el malestar psíquico sino también para la misma concepción del sujeto, rompiendo con la tradición cartesiana hasta ese momento vigente. El «pienso luego existo», es sustituido por «pienso donde no soy, luego soy donde no pienso». A diferencia de Descartes y de muchos exponentes del pensamiento moderno y contemporáneo, Freud niega (en un contexto histórico distinto, naturalmente) que el pensamiento y el sujeto sean una copia transparente. La intención de Freud no se dirige al centro de las evidencias; busca la verdad en los márgenes, allí donde no vemos por un exceso de luz.

Siguiendo a Castoriadis:

“A partir de Freud, llamamos psicoanálisis a la investigación concerniente a lo que él llama realidad psíquica y centralmente a su dimensión inconsciente, al mismo tiempo que a la actividad común de dos sujetos que por medio de la exploración de dicha realidad, apunta a lograr cierta modificación en uno de ellos. Modificación que a partir de Freud pasó a llamarse “el fin del análisis”. (Filosofía y Psicoanálisis, De la imaginación de la praxis, Castoriadis Cornelius)

“Lacan localiza la convergencia de Descartes y Freud en que los dos parten del fundamento del sujeto de la certeza. Descartes obligado por el método a dudar, encuentra que hay algo de lo que no puede dudar y es que duda. Dudo es decir pienso, luego soy.

Para Freud en cambio, todo lo que aparece dudoso, en el relato de un sueño es índice de un pensamiento inconsciente, en la reconstrucción de los sueños, en la de sus propios sueños, ya que al igual que Descartes, Freud hace de su propia experiencia el acontecimiento fundador de su discurso, en el relato del sueño aparecen puntos de duda, incertidumbre; ahora bien, esto que le parece dudoso le da su certeza, le asegura que ahí hay un pensamiento que es inconsciente, lo que quiere decir que se revela como ausente. La duda sería entonces el signo de resistencia contra la emergencia de los pensamientos inconscientes y por eso todo aquello que aparece en forma discontinua, dudosa se convierte en objeto de la escucha analítica. De la indudabilidad de la duda, del acto mismo de dudar, de la duda en acto, Descartes hace la certidumbre propia del sujeto.

De la duda a la certeza, es en lo que converge Freud con Descartes, y su diferencia es que Freud, nos señala Lacan, "...está seguro de que ese pensamiento está allí por sí solo, aislado de todo su yo soy, por poco que se da el salto, alguien piensa en su lugar". (Lacan, J., Seminario XI, Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis, pág. 44, Paidós, 1987).

Es decir, la primera disimetría es que para Freud el pensamiento no se acompaña de ningún yo pienso, y la segunda menos aún, de un yo soy; nos dice Lacan eso piensa sin que yo esté ahí presente.

Es decir, el sujeto cartesiano es ese sujeto que se piensa a sí mismo, que aparece como la sede de una autotransparencia en la que pensamiento y conciencia de sí son la misma cosa. El sujeto del psicoanálisis en tanto que sujetado al inconsciente, es un sujeto opaco para sí mismo, el inconsciente perturba la noción de trasparencia para sí mismo, pensamiento y conciencia de sí no se identifica, tal como lo advertimos en el sueño.

El sujeto de la Modernidad remite a elementos articulados como saber: representación, conocimiento, conciencia, es decir un orden y un sentido; lo que es incompatible con la suposición de un sujeto al inconsciente freudiano, donde sustancia, identidad, permanencia, representación y conciencia están excluidas por principio.

El discurso filosófico nos conduce tradicionalmente al saber y a la razón, el psicoanalítico pretende revelarnos una verdad que desafía la razón y que subvierte cualquier saber. El Psicoanálisis se ocupa de la experiencia

vivida por cada sujeto en su singularidad, en su particularidad, mientras que la filosofía no deja de ascender hacia una esencia universal de la experiencia humana. El dominio filosófico tradicional es el de la regla y el modelo general (es la Filosofía Moderna, hasta Husserl, la que tenía tal pretensión universalista), el modelo psicoanalítico es el del síntoma y las excepciones a la regla. En el primer caso lo que importa es aquello que explica o describe todo lo que ocurre, en el segundo lo que le ocurre o no le ocurre a cada sujeto. El método psicoanalítico no se guía ni por los principios racionales de una supuesta realidad ni por las formas de su aprehensión consciente, sino por la historia de cada sujeto y por las leyes inconscientes que la rigen. Mientras que el psicoanálisis nos ofrece una teoría de lo inconsciente, la filosofía tradicional sucumbe a la tentación de preparar o proponer una ciencia de la conciencia. En esta ciencia lo central será razonar y sistematizar, lo que tenga sentido, lo claro y distinto, lo comprensible y lo inteligible". (Mercedes Villén Rivas. "Filosofía y Psicoanálisis".)

Razonar y sistematizar.....ello fue lo que sucedió en el año 2014, la formación de los Acompañantes Terapéuticos en la provincia de Buenos Aires ha sido regulada en un total de 640 hs, aprobándose un Diseño curricular que comprende 8 módulos o materias. Se ha producido la transformación de los cursos informales existentes hasta ese momento, hacia el Sistema Educativo Formal, con Certificación: Acompañante Terapéutico otorgando títulos Oficiales.

Desde mi punto de vista la capacitación no debería caer únicamente en la adquisición de un saber teórico, en la apropiación de las definiciones y la sistematización de un saber, que por lo general la formación dentro del sistema educativo formal convoca con insistencia. Si bien es cierto que el alumno debe nutrirse con los diferentes aportes teóricos y que por lo tanto es fundamental recorrerlos, no es menos cierto que, además, la formación debería estar atravesada desde el vamos de inmersiones en la clínica que posibiliten el encuentro con lo que resiste a la razón y a la sistematización, lo que no tiene sentido, lo absurdo y enigmático, lo ininteligible o incomprendible de cada sujeto. Estas vivencias articuladas a la teoría, se transformarían en experiencias posibilitadoras de relanzar la búsqueda creativa y plástica desde la cual el

otro sea mirado de un modo más amable y estableciendo lazos de confianza que le permitan construir un proyecto de vida acorde a su modo particular de estar en el mundo.

Sabemos y ponemos énfasis en que la formación permanente, el trabajo en equipo, el análisis personal y la supervisión de los casos son las condiciones inexorables para ejercer esta profesión y por otro lado, espacios donde las dificultades del at pueden ser las menos pensadas.

Enseñar a trabajar en el campo de la «salud mental» implica pensar la experiencia clínica como un acompañar dando lugar, albergando un dolor que habita en cada acompañado y requiere ser escuchado a través de una presencia despojada de saberes a priori, de lo certero, lo claro y evidente.

Ese es el desafío.

El acompañamiento terapéutico en el proceso de TRANSFORMACIÓN de las PRÁCTICAS en salud mental

MARICEL COSTA⁶

Dedico estas páginas a la Lic. Elvira Sellán, colega comprometida con la formación de psicólogos por su dedicación en la creación de la Tecnicatura de Acompañamiento Terapéutico, quien sin duda debería ocupar mi lugar en este escrito...

Introducción

En la formación del psicólogo clínico, se busca promover el acercamiento de los sujetos a prácticas en salud mental⁷ en escenarios reales y, por tanto, complejos; desarrolladas, a su vez, a través de un conjunto de dispositivos observados y recreados desde el enfoque de la complejidad. *Esto* habilita el surgimiento de nuevos interrogantes y gesta una mirada implicada, en el marco de *una praxis vital y una ética que lleva a crear y habitar nuevos territorios existenciales*, en una dinámica donde la tradición no es antagónica de la transformación sino su condición de posibilidad (Najmanovich, 2008).

Así, el campo de acción del psicólogo clínico demanda una progresiva aproximación al conocimiento y al entrenamiento de

⁶ Mgter. en Psicología. Responsable del Contexto Salud y Sanitarista del Programa de Prácticas Pre-Profesionales de la Facultad de Psicología –Universidad Nacional de Córdoba. Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología –Universidad Nacional de Córdoba. Sub-Secretaria de Servicios a la Comunidad de la Facultad de Psicología –Universidad Nacional de Córdoba. mar_psicosta@yahoo.com.ar

⁷ En este artículo se entiende por prácticas en salud mental a los modos de intervenir desarrollados por los agentes de salud mental que los estudiantes de grado o en situación de egreso, tienen oportunidad de observar, registrar y sistematizar en condiciones de supervisión.

dispositivos de abordaje⁸ del sufrimiento psíquico, con la finalidad de aportar a la formación de profesionales comprometidos en la progresiva transformación del sistema sanitario.

En ese sentido, el acercamiento a los principios fundantes y rectores de la legislación vigente opera en beneficio de la observación, el registro, el entrenamiento y la sistematización de las prácticas, en el marco de la interrelación entre salud mental, ética y derechos humanos, como engranajes del abordaje clínico.

Así el Acompañamiento Terapéutico (AT) como dispositivo bien puede reconocerse y recrearse en la intersección entre la implementación de la legislación vigente y el proceso de transformación del sistema sanitario.

De allí la importancia del compromiso asumido por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba en la formación de psicólogos en un contexto que requiere abordajes contextualizados e integrales, al trabajar en la gradual modificación de la currícula, al incorporar las recomendaciones para la inclusión de los principios del paradigma en salud mental que fundamentan la legislación vigente; y, en consonancia con esto, al impulsar y aprobar la creación de la *Tecnicatura de Acompañamiento Terapéutico*.

Se entiende que de la progresiva modificación de la currícula, depende en parte la revisión de las prácticas en salud mental y que de la transformación de dichas prácticas depende en mucho la gradual implementación de la legislación vigente.

El AT en el marco del *nuevo* paradigma en salud mental

Es frecuente que hoy se insista en encuadrar la promulgación, en 2010, de ambas leyes de salud mental (Ley Provincial N° 9848 y Ley Nacional N° 26.657) en un nuevo paradigma. Lo cierto es que los principios y prácticas sobre los que se fundan, no son nuevos. En el siglo

⁸ Los dispositivos estarían contenidos en las prácticas de salud mental. Desde esta perspectiva, dispositivos como el AT, se constituyen en parte de la estrategia de abordaje clínico, como modo de intervenir en salud mental.

XX se reconocen dos de sus antecedentes: por un lado las reformas de salud mental y, por otro, la propuesta de APS.

Bartenblit (1992), hace más de dos décadas, ya afirmaba: los problemas vinculados a la salud y enfermedad mental, han tenido transformaciones conceptuales que promueven la sustitución de principios y prácticas *de la asistencia psiquiátrica tradicional a la fundación del campo de la salud mental*.

Cada cultura y cada momento histórico imprimen distintas maneras de percibir el padecimiento subjetivo. Hablar en términos de bienestar, de salud mental, implica un cambio de paradigma, reimpulsado y sostenido en pleno siglo XXI y requiere de escenarios donde sea posible desplegar la subjetividad y la transformación del mundo experiencial, en un espacio multidimensional.

En el marco de la ley nacional, se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de cada sujeto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incorpora a la definición de Salud Mental la vivencia subjetiva del bienestar, dando cuenta de la construcción activa de dicho proceso.

Desde comienzos del siglo XXI, sucedió una revitalización de la propuesta de APS a partir de la crítica a las reformas pro mercado (OPS/OMS, 2005). En Argentina, en un sistema de salud altamente fragmentado, con inequidades en el acceso, y fuertemente hospitalocéntrico, los planteos de estas reformas entrañan un particular desafío teórico, político y técnico. En el año 2010 se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el Ministerio de Salud de la Nación; y a finales del mismo año se promulgó la ley nacional.

La modalidad de abordaje propuesta –en el Cap. V Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657- consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de la comunidad; indica que debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación

de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral; recomienda la internación como un recurso terapéutico a utilizarse sólo en situaciones excepcionales y en hospitales generales; desalienta las internaciones indefinidas y prohíbe la creación de nuevas instituciones psiquiátricas asilares.

¿Qué mejor, sino el AT, para constituirse en el dispositivo capaz de crear y recrear las condiciones para promover el mantenimiento de vínculos del sujeto con su entorno y del equipo tratante con el entorno del sujeto?

¿Quién sino el at, es el agente con posibilidades de prevenir las reiteradas internaciones, capaz de reconocer la inminencia de una crisis, capaz de desalentar las internaciones indefinidas?

El AT como dispositivo en la construcción del campo de la salud mental

En este marco, se propone pensar a la salud mental como campo, en el sentido propuesto por Bourdieu (2000): “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias”. Campos en tanto estructuras vivas, que se presentan como sistemas de posiciones y relaciones.

Se piensa a la salud mental como campo, porque en su interior se juegan *sistemas de pensamiento*, en tanto formas de abordar problemáticas; se definen modos de intervenir o *prácticas*; y en el ejercicio de las mismas se origina cierta *producción de pensamiento*; se legitima *dichas prácticas* y *los agentes de ese campo* (usuarios, profesionales, técnicos, etc.); y finalmente, se genera un *sustrato legal-jurídico* que las regula en su conjunto (De Riso y otros, 2009).

En este marco, se considera al at un agente indispensable en la construcción del campo de la salud mental, como parte de un movimiento que se gesta en el ejercicio de una práctica que, desde su origen, produce nuevas formas de pensamiento. Desde esta perspectiva, la formación específica y la generación de su propio sustrato legal, se constituyen en los pilares de la progresiva legitimación de un rol consolidado en un hacer comprometido que insiste, desde la convicción de

la incidencia de su aporte, en el mejoramiento de la salud integral de los sujetos.

La delimitación del campo de la salud mental es compleja y está impactada por los procesos de crisis y transformación de la vida social, cuya incidencia en la subjetividad genera nuevos interrogantes y demandas, que implican a los sujetos, a los grupos, a las organizaciones, a los referentes institucionales, a los agentes de salud y a sus marcos teóricos. Situaciones que atraviesan la cotidianidad y producen condiciones críticas que contribuyen a la generación de sufrimiento psíquico (Galende, 2000; Ludermir, 2000; Palacios, 2002; Minayo-Gómez, 2002), lo que requiere categorías que lo describan, sin considerarlo necesariamente en términos de enfermedad.

Así es como la introducción del concepto de sufrimiento y/o padecimiento subjetivo y/o psíquico⁹, permite ampliar el campo de comprensión de las problemáticas actuales en el campo de la salud mental, descentrándolas de la ontologización psicopatologizante.

Stolkiner (2013) sostiene que introducir la dimensión “psíquica” del sufrimiento incide en las prácticas y está en el centro del debate acerca de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual define sus sujetos como “personas con padecimiento psíquico” y no como enfermos. ... “Sucede que la objetivación es probablemente un determinante fundamental en todas las formas de producción de sufrimiento psíquico de la época y es, simultáneamente, un componente de las prácticas en salud. Todo acto en salud invoca una intervención disciplinaria o técnica, potencialmente objetivante” (Stolkiner, 2013).

En este contexto, *la intervención del at se constituiría en potencialmente subjetivante*.

Por otra parte, pensar en términos de sufrimiento y/o padecimiento en lugar de enfermedad, se asienta en una concepción de transitoriedad más que de estado, que acentúa no sólo la idea de

⁹ En este texto se utilizarán como sinónimos sufrimiento y padecimiento, así como también subjetivo y psíquico; en cualquiera de sus posibles combinaciones, a saber: sufrimiento subjetivo, sufrimiento psíquico, padecimiento subjetivo o padecimiento psíquico. Sin desconocer que los términos subjetivo y psíquico conservan sus especificidades, no se considera oportuno introducirlas en este artículo.

proceso, sino que nos permite pensarnos como sufrientes o padecientes potenciales, lo que relativiza la estigmatización del que sufre como enfermo o loco. Desde la perspectiva de la nueva legislación se debe partir de la presunción de capacidad; el Estado reconoce a los sujetos con padecimiento psíquico el derecho a que su sufrimiento no sea considerado un estado inmodificable.

En ese marco se señala la relevancia de la dimensión del cuidado, como parte el proceso salud-enfermedad-cuidado, la cual requiere prácticas integrales en salud que incorporen la dimensión subjetiva, histórica y social en el abordaje de poblaciones y de sujetos singulares.

Prácticas que se desplazan de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” (De Souza Campos GW, 2001) y que requieren repensar los modos de gestión en salud. Se trata de prácticas en las cuales el componente de objetivación, propio de toda intervención disciplinar queda subordinado al reconocimiento del otro como sujeto con capacidad de innovación y de derechos.

En este marco, uno de las rupturas más significativas con el modelo biomédico¹⁰ y asilar-manicomial¹¹, promovida por la legislación vigente, es la defensa de los derechos de los sujetos; elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad.

Esto en consonancia con otro aspecto central que implica la prohibición a crear nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes, se deben adaptar a los objetivos y principios planteados en la reglamentación, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos sustitutivos: hospitales de día, casas de medio camino, talleres de reinserción social, centros de salud, salas de internación en hospitales generales.

¹⁰ Modelo Biomédico propio de la medicina actual, concibe a la enfermedad como un desorden de la *physis* humana examinable objetivamente; y propone su abordaje a través de procedimientos desarrollados por las ciencias naturales, siendo su meta la descripción minuciosa y la cuantificación de su objeto de estudio.

¹¹ Modelo asilar-manicomial en el que en nombre de la cura “científica” se habilita la forma más radical de destitución subjetiva y construcción de un estado de excepción de derechos, como son las internaciones prolongadas e involuntarias.

La ley ubica a la internación como recurso terapéutico último y acotado; así mismo, la distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias pretende acotar la hospitalización compulsiva y asegurar un modo de resguardo de lo terapéutico en juego.

Previo a la ley, la peligrosidad para sí o para terceros, era la condición médico-legal de la internación, criterio que se origina en el Código Civil (promulgado en 1871 y modificado en 1968), en su art. 482. Así se omitía la dimensión terapéutica en la internación, que si bien era una incumbencia profesional, según los Colegios y Códigos de Ética, este hecho terminaba siendo dispuesto judicialmente.

Son los Derechos Humanos, en su carácter jerárquico constitucional, y los Códigos de Ética profesionales, los que han puesto nombre a alguna brecha en la consideración de la internación como una medida terapéutica y no de control social. A partir del 2010 la internación pasa a denominarse “recurso terapéutico”.

Lo agudo, que en algunos casos justifica la internación, en términos de riesgo cierto e inminente, puede pensarse como un momento de quiebre en la diacronía vital del sujeto, que puede tratarse de desencadenamientos o descompensaciones en el caso de las psicosis, como de la inminencia de pasajes al acto e intentos de suicidio. No toda urgencia subjetiva implica una internación: hace falta, entonces, que fallen las estrategias ambulatorias, y que se trate de un riesgo “cierto e inminente”, concepto no poco problemático.

Entonces, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un *abordaje interdisciplinario e intersectorial*, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Se propone que los centros de salud cuenten con equipos interdisciplinarios, lo cual implica la coexistencia de múltiples saberes que intentan dar respuesta a las nuevas demandas del sufrimiento psíquico, en un momento, en que la nosografía psiquiátrica va dejando de ocupar un lugar hegemónico. Hoy se acepta que los problemas que generan padecimientos psíquicos pueden ser de orden social, económico,

cultural; y que, por tanto, requieren del abordaje de distintos agentes de salud mental, lo cual comprende un tratamiento interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

Al articular Atención Primaria de la Salud (APS) y Salud Mental, se reconoce la complejidad del proceso de salud-enfermedad-cuidado, así como la necesidad de transformar las políticas de salud mental, desde una perspectiva de derechos, que promueva prácticas subjetivantes que ponen en el centro de la escena la dignidad como categoría. El concepto de dignidad, refiere a que ninguna persona sea ubicada en el lugar de objeto, de medio o de mercancía, constituyéndose en pilar conceptual de los derechos humanos. Desde la psicología, esto implica el reconocimiento de la voz y la palabra del sujeto en todo proceso que lo implique (Stolkiner, 2012).

Aquí, nuevamente la presencia del *at* en la cotidianeidad del sujeto, favorece el reconocimiento de su voz y su palabra al reconocerlo como protagonista en la gestión de su proceso de cuidado; promueve el sostenimiento de su vinculación con el entorno al que pertenece y procura prevenir su exclusión de la comunidad que tiende a signarlo como portador de una locura potencialmente peligrosa.

Desde esta perspectiva, se adhiere a la definición de sujeto y de subjetividad propuesta por Agamben (2005): (...) “El sujeto... es aquello que resulta del encuentro cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto en juego... los dispositivos que ellos mismos han producido: antes que ninguno el lenguaje... Una subjetividad se produce cuando el viviente, encontrando en el lenguaje y poniéndose en juego en él sin reservas, exhibe en un gesto su irreductibilidad a él”.

Así, el sujeto y la subjetividad, adquieren condición de proceso o devenir constante, y se abren a una gama de diversidades, sobre la base de una idea de potencia e innovación, que se aleja de la idea del sujeto como predeterminación o repetición absoluta (sujeción).

Conceptualizaciones que se constituyen en herramientas para comprender variadas formas de producción de padecimiento actual, siendo el campo de las prácticas en salud un conjunto de dispositivos en los cuales se concreta el “cuerpo a cuerpo”, mencionado por Agamben.

Ese cuerpo a cuerpo es el que se instaura entre acompañante y acompañado en el encuentro entre dos subjetividades implicadas en el proceso de atención. Ese cuerpo a cuerpo que se sostiene en el marco de prácticas subjetivantes y comprometidas en engranar ética, derechos humanos y salud mental.

Se aspira a que los actores implicados (agentes de salud mental, usuarios, familiares, entre otros), se reconozcan en su condición de semejantes, al comprometerse en el proceso; poniendo en juego subjetividades condicionadas por un entorno socio-económico que contextualiza la producción de sufrimiento psíquico y que dinamiza y, a veces complejiza, las posibilidades y el alcance de las intervenciones orientadas a aliviarlo.

Bibliografía

Barenblit, Valentín (1992) Prólogo de *Psicoanálisis y Salud Mental* de Emiliano Galende. Paidós, Bs. As.

Carpintero, Enrique (2011) La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>

De Riso, S.-Jacquet, M.-Roland, E. (2009) *Salud Mental: Primera aproximación conceptual*. Ficha de Cátedra de Salud Mental y Prácticas del Campo. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos.

Di Nella, Yago (2010) *Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental*. Ponencia presentada en el Encuentro Internacional de Salud Mental. Organizado por el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, la Universidad de La Punta y el Colegio de Psicólogos de San Luis, San Luis, Argentina.

Galende, E. (2006) *Consideración de la subjetividad en Salud Mental*. Conferencia en Congreso Catalán de Salud Mental. Barcelona, España

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Publicado en el Boletín Oficial del Gobierno Nacional. Decreto 1855/2010. Reglamentada Decreto N° 603/2013.

Ley Provincial de Salud Mental N° 9848 (2010). Publicado en el Boletín Oficial del Gobierno Provincial en noviembre del 2010. Reglamentada Decreto N° 1022/2011. Publicación en el Boletín Oficial el 28 de diciembre del 2012.

Rattagan, M. (2013). *Construyendo un nuevo paradigma. Salud Mental y Derechos Humanos*. En Timpanaro, D. (comp.). Letra Viva. Federación de Psicólogos de la República Argentina. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2005) *Interdisciplina y Salud Mental*. Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización. 7 y 8 de octubre 2005 . Posadas . Misiones. Argentina

Stolkiner, A (2012) *Nuevos actores del campo de la salud mental*. Revista Intersecciones Psi.

Stolkiner, A & Ardila Gomez, S. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericanas. Revista de Psiquiatría Vertex. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf

La formación del acompañante terapéutico, una posición epistemológica y ética.

MTRA. LORENA NÁJERA ÁVILA¹²

El presente ensayo es una reflexión personal que nace a partir de mi encuentro con el acompañamiento terapéutico. En las últimas ocasiones que he asistido a seminarios, congresos, etc., donde he podido participar y escuchar las diferentes formas de abordaje desde distintas disciplinas pertenecientes al mundo psi, me he formulado muchas preguntas. Mi marco referencial teórico para poder dar cuenta de la función, y praxis del acompañamiento terapéutico es a partir del psicoanálisis. Si uno de los objetivos del acompañamiento es restaurar el lazo social y los efectos subjetivos que se van construyendo para llegar a ese punto, cómo pueden leerse si no es con base en un pensamiento que busca precisamente incidir en la subjetividad. Esto permite que el acompañamiento sea caso por caso y dar cuenta de lo subjetivo de cada sujeto al que se acompaña, dejando afuera la homologación de conductas o formas de existencia.

Necesito desglosar lo que para mí significa acompañante terapéutico para poder dar cuenta de la importancia de su formación. Parto de la necesidad de fundamentar su praxis desde una epistemología que sostenga su actuar y, como esto deriva en una posición ética, recurriré al pensamiento psicoanalítico con Sigmund Freud y Jacques Lacan.

¿De qué hablamos pues, cuando usamos las palabras terapia y terapéutica? Si vamos al origen, daremos con el verbo griego *qhrapeuuw* (*zerapéuo*), que significa cuidar, ocuparse de, tomar algo a su cargo, rendir culto. Su equivalente latino casi milimétrico es el verbo *colo, cólere, cólui, cultum*, con el que se expresa toda clase de cuidados y cultivos, incluido

¹² Doctora en Psicología. Universidad Londres. México DF lorepsic2000@yahoo.com.mx

el culto religioso. Hago esta referencia al latín porque a los hablantes de lenguas románicas nos facilita mucho la comprensión si nos adentramos en nuestra área de competencia lingüística. Si ahondamos un poco más en el término griego, los etimólogos se inclinan a pensar que el punto de partida de todo este lexema es su significado relacionado con el culto religioso, y que de ahí pasó a los demás campos.

Acompañar remite a la idea de estar a lo largo de un camino con alguien, un acompañante terapéutico entonces sería aquel sujeto que decide tomar algo a su cargo, se ocupa de ir a un lado, ¿de quién?..... de aquellos sujetos que por su condición psíquica en ese momento de la vida, están impedidos de hacerlo por sí solos.

Pero, ¿cómo acompañar?, ¿desde qué lugar o posición se acompaña?, ¿desde dónde el acompañante interviene? El primer paso necesario a la hora de definir un concepto es determinar el origen etimológico del mismo. En este sentido, podemos subrayar que es en el griego donde encontramos los antecedentes del término epistemología que ahora nos ocupa. Más aún, este sustantivo está compuesto por la unión de dos palabras: *episteme* que se puede traducir como “conocimiento o ciencia” y *logos* que vendría a significar “discurso”, quiero quedarme con una definición así: la epistemología, “un conocimiento del discurso”

La epistemología es una disciplina que estudia cómo se genera y se valida el conocimiento de las ciencias. Su función es analizar los preceptos que se emplean para justificar los datos científicos, considerando los factores sociales, psicológicos y hasta históricos que entran en juego.

En ese sentido, podemos establecer de manera más clara aún que la epistemología se encarga de abordar la filosofía y el conocimiento a través de la respuesta a diversas preguntas de vital importancia.

Ahora bien, la adquisición de conocimiento se fundamenta en vivencias otorgadas por el mundo y en la cotidianidad del sujeto; pero son las constantes que se verifican en esas vivencias, en la adecuación y relación sujeto –objeto – sujeto, en la validez de los conceptos que surjan de dicha adecuación, y en la posibilidad de predecir o interpretar

acciones estableciendo causas o comprensiones sobre lo que realmente la epistemología legisla. Se puede esbozar entonces que la epistemología tiene por objeto ese conocimiento que se soporta en sí mismo o que soporta alguna disciplina en su especificidad; lo que la sustenta como tal, su esencia, sus alcances y límites en su acepción interna (propia de la disciplina) y externa (su influencia en el contexto social).

Al tener la epistemología como objeto, ese conocimiento que soporte una disciplina, ¿no es necesario entonces que la praxis del acompañante terapéutico este sostenido desde ese lugar? Pero no solamente tener un conocimiento permite al acompañante la posibilidad de sostenerse como tal, me parece que al igual que aquellos que pretendemos sostener el lugar de analistas, existen tres posiciones necesarias, A) La reflexión teórica que sostiene la praxis, B) el lugar de analizante para recorrerse al lugar de analista, C) La supervisión de nuestra práctica.

Primer punto:

La reflexión teórica que sostiene la praxis: a finales de 1800, la euforia del uso de la hipnosis como una forma de curación, para aquellas mujeres que de alguna u otra manera mostraban que algo no andaba con el cuerpo llevan a Sigmund Freud a acercarse a ella. Una de las cosas observadas en la llamada histeria es la inexistencia de un daño orgánico. En uno de sus primeros ensayos, “Tratamiento psíquico, tratamiento del alma” un trabajo muy temprano del autor, pero que en mi modo de leerlo, se asientan en él muchos de los principios de lo que serán las bases del psicoanálisis Freudiano. El primer punto radica en la relación del cuerpo y el alma, no existe separación de las afecciones del alma, sobre el cuerpo, y del cuerpo sobre el alma. Aquello que afecta el alma, va a provocar enfermedades en el cuerpo, sí de alguna manera las emociones no son tramitadas el cuerpo enferma, de la misma forma las enfermedades del cuerpo, van a influir sobre los estados anímicos, y ¿qué es lo que permite tramitar las emociones? Contesta Freud, la

palabra, es el medio por el cual los afectos pueden tener una salida, a eso le llamó la abreacción.

Entre los recursos subjetivos con los que se cuenta en ese momento, para hacer allí algo donde la angustia les gana y lo inconsciente se hace presente, es el cuerpo lo que mostraba el intento de construir un suplemento. La teoría traumática de la histeria sostenida por el encuentro traumático de la sexualidad infantil y por la cual Freud intenta su teorización inicial, Miss Lucy R, Anna O, Elisabeth Von R, etc. ponen de manifiesto esa parte del encuentro con algo innombrable un irrepresentable que se manifiesta a través del dolor del cuerpo. Es entonces en ese momento que viene una ruptura con la definición de cuerpo entendido desde la ciencia, tal como la medicina, el cuerpo deja de ser una sustancia, más allá de una figura, es algo que encarna algo de lo insopportable, el soporte fantasmático, una estructura en donde se reflejaba el síntoma.

El recorrido al que los llevé, me parece necesario, para señalar cómo es que de la clínica Freud empieza con la necesidad de dar cuenta a través de su escritura, de los procesos psíquicos que dan cuenta de lo sucedido en la histeria. Con el famoso caso “Dora” (1905) habla abiertamente de la necesidad de mostrar al mundo su trabajo, por una obligación con otros enfermos que puedan padecer lo mismo y así dar cuenta al mundo científico de su práctica. De aquí desprende entonces todo un recorrido teórico, un marco de producción discursiva hasta el día de su muerte. Jacques Lacan, como ya sabemos, es el psicoanalista que logra hacer después de Freud un inédito teórico, es él con su propuesta del retorno a Freud, las disciplinas y distintos saberes tales como la topología, la lingüística, la lógica etc. Introducidas al psicoanálisis permite una forma dista de ejercer la clínica. Una de las cosas que Lacan no deja de lado es la situación transferencial como la pieza clave para que se dé la posibilidad de un análisis, sabemos que sin ella esa posibilidad no existe. Es aquí donde me interesa dar énfasis, en el lugar del at. ¿Cómo poder dar cuenta de lo que pasa transferencialmente del acompañado al acompañante, si este último desconoce qué es la transferencia y sus efectos en un acompañamiento?

Señalé con anterioridad la necesidad, y la posición ética que implica, el análisis del analista. Ese lugar en donde aquel que pretende sostener el lugar de analista necesariamente tiene que pasar, para dar cuenta de su deseo y de su posición de \$ujeto. ¿No es lo mismo con el at? ¿No es en el lugar de su análisis donde de pronto se pueden inscribir todas aquellas situaciones que se mueven en el encuentro con Otro? Todo aquello que de la subjetividad se interroga cuándo se encuentra en ese día a día, en el cuerpo a cuerpo.

La supervisión: este último punto en el que es necesario señalar la necesidad de tener encuentros con el equipo de trabajo. Otros acompañantes, el analista, el psiquiatra o quienes integren el equipo multidisciplinario. Pensemos que de pronto el psiquiatra que solamente ve al acompañado 30 minutos, 1 ó 2 veces al mes, no sabe de muchas cosas que puedan estar sucediendo en su vida cotidiana, entonces decide mover medicamentos h, hacer cambios de dosis etc, Es necesario que el acompañante, el analista, sepa de esas cosas para estar prevenido de las situaciones reales del cuerpo que pudieran presentarse. La supervisión también permite al at dar cuenta de ciertas situaciones que se pudieron dar durante los acompañamientos, las cuáles pueden ser de suma importancia que el equipo lo sepa.

La dirección de la cura.

La expresión dirección de la cura, por las resonancias conceptuales y prácticas, es una creación de Jacques Lacan, Freud no utiliza tal construcción, sin embargo podemos encontrar en sus textos diversas enunciaciones que semánticamente le corresponden o se relacionan con ella. Remitámonos, en primer término, al significado de sus elementos: el término dirección remite a la acción y al efecto de dirigir, al consejo, enseñanza y preceptos con que se encamina a alguien hacia determinado fin, en este caso la cura; cura, por su parte, significa, aplicar con éxito a un paciente los remedios necesarios para la remisión de una dolencia ya sea del cuerpo, ya sea del alma. Este significado se corresponde sin dificultad con la concepción médica de la curación, aunque en ese

campo muy rara vez se hable de dirección, de alguien que dirige, es algo que se da por sobreentendido, como si no pudiera ser de otro modo: en la relación médico-paciente sólo hay uno que sabe, el médico. En psicoanálisis las cosas son diferentes, sí se habla de dirección de la cura, es desde el lugar, de semblante de objeto, en que el psicoanalista opera, con la finalidad de llevar al analizante a una pregunta, en el lugar donde está implicado su deseo.

So entonces un analista decide incluir a un o unos acompañantes terapéuticos, es necesario sostener los tres puntos mencionados con anterioridad. La implicación ética del AT y del acompañante implica desde ese lugar el que la formación del acompañante le permita entonces desde lo señalado no hacer intervenciones desde su lugar de sujeto, si no permitir el despliegue del acompañado de su propio deseo.

Desafortunadamente el lugar del AT, al menos en México empieza a corromperse, enfermeros, cuidadores, aquellos que les llaman sombras etc. Se hacen nombrar at. Esa situación es preocupante al menos para mí, una práctica que no está sostenida por un marco teórico, ¿en qué se convierte?

La Salud Mental en Córdoba y la necesidad de regular la profesión de AcompañanteTerapéutico

LIC. LILIANA MONTERO¹³
MGTER. MAYRA SÁNCHEZ¹⁴

La realidad de Salud Mental en Córdoba (2012-2016)

“Mi memoria se detiene en rostros que he mirado, en hombros que he tocado, en pequeñas mujeres que abracé tratando de darles un poco de afecto en medio de tanta indignidad, tantos hombres con los que broméé en un intento de que, aunque sea por segundo, pudieran reírse junto a mí.

Hay imágenes que no se borran a pesar del tiempo, y al evocarlas, los ojos se inundan de eso que llamamos lágrimas y no son más que una forma que el dolor encuentra para salir de nuestro corazón y que no nos ahogue adentro” [1] (Montero, 2013)

El camino por los pasillos de los Hospitales de salud mental fue largo y mucho más difícil de lo imaginado. Los resultados de la tarea legislativa de cinco años, que incluyó pedidos de informes, citaciones a las autoridades, proyectos de ley, recorridos, visitas, denuncias, marchas, miles y miles de notas en la prensa, fotos y más fotos, intervenciones en las sesiones... No fue suficiente. Hoy, los cambios apenas se esbozan y no han tenido la celeridad que la situación merecía.

El proyecto de ley que regula la profesión de Acompañante Terapéutico es un eslabón en la cadena de acciones tendientes a cumplimentar lo prescripto por la ley nacional de salud mental y la ley provincial de salud mental.

Volvamos al inicio.

En el año 2012, a poco de asumir una banca legislativa en la

¹³ Legisladora Provincial.

¹⁴ Asesora Legislativa.

Unicameral de la Provincia de Córdoba, decidimos junto a nuestro equipo, recorrer los distintos Hospitales Neuropsiquiátricos bajo la órbita del Gobierno provincial. Una y otra vez recorrimos el Hospital Neuropsiquiátrico de Santa María de Punilla, el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (Ipad), el Hospital Neuropsiquiátrico Colonia Emilio Vidal Abal de Oliva, el Centro Psicoasistencial-Unidad de Agudos Judicializados (CPA), el Hospital Neuropsiquiátrico José Antonio Ceballos de la Ciudad de Bell Ville y el Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Córdoba.

En todos ellos encontramos una violación sistemática de los Derechos Humanos, constatamos gravísimas situaciones que reflejan el desamparo de pacientes que son objeto de destrato, abusos, desatención, víctimas de una clara situación de hacinamiento no compatible con la condición humana. Esto demuestra claramente la indiferencia por parte de quienes tienen la responsabilidad de velar por una correcta atención, tratamiento y contención de sus pacientes: el Gobierno.

Falencias estructurales, edilicias, de higiene, recursos materiales y humanos no son nuevos sino que corresponden a dejadez, desidia y desinversión de vieja data.

En todos los centros, la relación de cantidad entre médicos-pacientes es absolutamente inferior a lo recomendado por normas internacionales y por el más básico sentido común. [2] Además, nos anoticiamos del alto índice de carpetas médicas y rotaciones debido a que los profesionales trabajan en condiciones insalubres.

A veces creemos que lo vimos todo, pensamos que hay situaciones que son propias de otras épocas, en donde la locura era un pecado y los “locos” eran confinados a lugares de encierro, oscuros, lúgubres, inhabitables para los que se creían que no estaban “locos”. Esta creencia se viene abajo de un plumazo cuando ingresamos a los distintos Hospitales.

De la segunda visita al Hospital J. A. Ceballos de Bell Ville tomamos partes de un relato de Liliana, que marca claramente un punto de inflexión en nuestro trabajo:

“Mis ojos se abren de par en par, no pudiendo creer que lo que veo

es una cocina, que allí se manipulan los alimentos de un Hospital, que allí deben los trabajadores permanecer horas cocinando, en esa cocina habita la comida y también las cloacas y los nidos de murciélagos.

Unas frazadas hechas cortinas en la puerta de ingreso de la sala 1 nos reciben y nos anticipan lo que se viene, nada es allí como debería ser. ¿Cuál es la locura?; ¿La de los seres humanos que están allí por su padecimiento psíquico?; ¿La de los trabajadores que permanecen horas y horas conviviendo con ese horror al que se han acostumbrado?; ¿La de los funcionarios que creen que se puede decir de eso un “hospital”? En verdad, no es locura, es hijoputez, la de los funcionarios.

En la puerta de ingreso a la sala, aguas servidas que mezcladas con la tierra hacen un barro hediondo y a la vera de ese ingreso yace durmiendo un paciente, casi ni se entera que pasamos a su lado, las moscas sobre su cuerpo serán una constante sobre el cuerpo de todos.

El perverso “corralito” que todos los días “contiene” a más de 40 pacientes en un inhumano estado de barbarie. Todo es un asco, es un horror, hombres desnudos totalmente, otros semi desnudos, todos sucios por igual, alguno con materia fecal en su cuerpo y el piso lleno de agua mezclada con orina. Se hace insoportable.

Cuando me doy cuenta sólo quedamos el Dr. Calzolari y yo mirando el espanto, mis ojos se quieren quedar para hacerme tomar conciencia de que es real lo que estoy viendo y mi estómago, en un acto reflejo, me hace salir de allí con arcadas que anuncian que voy a vomitar.

La imagen que me “enloquece” es la de un paciente abrazando a otro que está totalmente desnudo, y no puedo dejar de pensar que ese abrazo es que debería dar el Estado, el abrazo que cobija ante la desnudez, el que abriga, el que cuida. Ese paciente que abraza hace con todas las limitaciones que tiene, lo que el Estado con todos sus millones no es capaz de hacer. ¡Qué lección, la puta madre!

Caminamos hacia el “pabellón” donde duermen, humedad que brota de los seis rincones, por todos lados, de las cuatro paredes, el techo y el piso, frío lugubre, colchones que son finas láminas de goma espuma para soportar el peso de hombres que seguramente tendrán en sus cuerpos las marcas de los elásticos de las camas, pues esas láminas no pueden llamarse

colchones, nada tiene funda, las colchas tapan lo que no debe verse. Las paredes se caen a pedazos, los techos son un peligro a cada paso. Llegamos a los baños, que están recién limpios, sin embrago no vemos inodoros, sino letrinas en el piso, me pregunto cómo hacen esos hombres que tienen muchas dificultades físicas para mantenerse allí en pie y hacer sus necesidades, la respuesta viene del enfermero, “no se mantienen, hacen afuera”.

Me parece que ya vimos suficiente horror, vuelvo a pasar por la sala que da al comedor y me doy cuenta que la mayoría están allí encerrados, todos están allí, me pregunto cuántas horas de su vida, la respuesta viene sola “todas”.

Nos dirigimos a la sala de mujeres, otra vez los olores se hacen presentes, entramos a la enfermería y allí nos reciben las enfermeras, que dicen que ahora están bien (...) “Ahora somos 3 por turno”, ¿para cuántas pacientes? pregunto, “para 80” contestan (...) antes era una enfermera para 80. La OMS recomienda una cada 8 pacientes con estas características.

En el comedor, una mujer duerme con su cabeza apoyada sobre la mesa, acostumbrada a que las moscas vivan en su cuerpo, está toda llena de moscas y no se mueve.

Paso a otro espacio, donde hay varias mujeres sentadas de espalda a una estufa, allí parece que están calentitas, alguna de ellas está muy desabrigada, tiembla porque está mojada con su propia orina. Camino unos metros y la enfermera me muestra la “sala de contención” y otra vez mi estómago acusa recibo del olor nauseabundo y de la oscuridad del lugar, mis ojos se inyectan de lágrimas por el vómito contenido y debo salir a tomar aire porque no puedo soportarlo.

Nos dirigimos hacia el “pabellón” donde duermen, la escena se repite, techos que se caen, paredes que se desmoronan y al final agua que ingresa desde abajo hacia el piso, todo eso se traduce en un ambiente húmedo y oloroso. En una cama duerme una paciente y también está llena de moscas.

Salimos al patio y allí hay varias mujeres, no me doy cuenta de qué me llama la atención, hasta que a mi memoria vienen las fotos de los campos de concentración, todas están rapadas, sus cabezas han sido peladas no hace mucho. Las miro y no puedo creer. Me pregunto ¿quién tiene derecho sobre estos cuerpos? ¿Quién es capaz de quitarles su humanidad y su ser mujer de esta forma?

Me quiero ir, tengo la certeza que no tolero más, que no quiero estar más allí, que me lacera todos los sentidos lo que he visto, lo que he olido.

Nada de lo que sucede en los Hospitales monovalentes se puede rescatar, más que la voluntad férrea de los trabajadores y la humanidad de los pacientes. Compadezco (es decir padezco con ellos) a quienes tienen que trabajar allí. Y siento un profundo dolor por esas mujeres y esos hombres a los que el Estado trata como objetos, a los que les sacaron su dignidad humana, a los que violentan día a día sometiéndolos a esa vida.

Todo funcionario público que se precie de tal, debería transitar estos hospitales para enterarse lo que estamos haciendo con nuestros ciudadanos y debería sentir vergüenza de lo que aquí sucede.” (Montero, 2013)[3]

Estas acciones lograron algunos resultados. Se puso en Agenda Pública el tema, se lograron expresiones públicas de las organizaciones profesionales de la provincia y de la Federación Argentina de profesionales de la psicología (FEPRA) avalando toda la investigación y sus resultados, y manifestando la preocupación por la situación de Córdoba.

Se pronunciaron organizaciones de la sociedad civil, siendo la máxima expresión la que dieran de manera conjunta los Rectores de la Universidad Nacional de Córdoba, Dra. Carolina Scotto y de la Universidad Católica de Córdoba, Lic. Rafael Velasco sj, junto a la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH).

Se realizaron dos Denuncias Penales en relación a la grave y crónica crisis que atraviesa el sistema de salud mental. Se denunció por incumplimiento de la Ley de Salud Mental y por abandono de pacientes, incumplimiento de los deberes de funcionario público y abuso de autoridad, ambas duermen el sueño de los justos en el cajón de un Fiscal.

Se logró una intervención y obras principalmente en el Hospital de Bell Ville y un importante cambio en el abordaje de los pacientes llevado adelante por los profesionales.

Camino de construcción del proyecto de ley de Acompañante Terapéutico

Como ya manifestamos, el Proyecto de Ley que regula la profesión de Acompañante Terapéutico (at) se inscribe en el marco de muchísimas acciones necesarias en pos del cumplimiento de las Leyes de Salud Mental.

Existen diferentes maneras de elaborar un proyecto de ley. La que se utiliza con mayor frecuencia es aquella por la cual un “experto”, a partir de investigar sobre un tema, elabora un documento propuesta.

Nosotros entendemos que un marco normativo que regule el ejercicio de cualquier práctica profesional debe resultar una síntesis de conclusiones a las que se arriba luego de debates profundos entre los actores vinculados al quehacer que se pretende regular.

Es por esto que decidimos que el proceso de construcción del proyecto de ley que regulara la práctica profesional de los Acompañantes Terapéuticos de la Provincia de Córdoba debía organizarse en etapas tendientes a:

a) Investigar leyes, normas y pautas existentes, b) Identificar actores clave, c) Facilitar espacios de debate y construcción de consensos entre los actores, d) Elaborar el proyecto de ley y, e) Presentar el proyecto.

Sobre las leyes.

Durante la investigación del marco legislativo nos ocupamos de recorrer normas internacionales, nacionales y provinciales vinculadas al acompañamiento terapéutico. Iniciamos la búsqueda sobre criterios de Salud-Enfermedad-Atención.

Pusimos el foco principalmente en la Ley Nacional N° 26.657 y la Ley Provincial 9848 porque modifican significativamente concepciones históricas de la salud mental y, por tanto, redefinen las estrategias de abordaje que deben promover y garantizar los diferentes niveles del Estado.

Estas leyes desalientan la internación en instituciones psiquiátricas como única intervención posible en casos de crisis, desplazándola como

un recurso a utilizar sólo en situaciones excepcionales y en procura de que no se conviertan en una estrategia sostenida por tiempo indefinido. Así, los tratamientos de quien sufre un padecimiento psíquico, deben tender a realizarse con internaciones domiciliarias, o con el paso por hospitales de día, sosteniendo un estrecho vínculo entre el paciente y sus grupos de pertenencia, la convivencia con su familia y las actividades sociales y laborales habituales.

Nuestra experiencia nos hace poner en valor la necesidad urgente de contar con alternativas a la internación. Desde esta mirada se entiende la salud mental como un campo interdisciplinario que incluye la figura del at. A su vez, leyes nacionales y provinciales sobre niños, niñas, adolescentes y personas con discapacidad sostienen el mismo espíritu que las leyes de salud mental: garantizar los medios que permitan evitar la reclusión en instituciones de quienes no sean penados por ley y promover la inclusión de todas las personas atendiendo a la diversidad de sus problemáticas. [4] Confirmamos así que, si bien la nueva legislación obliga al estado tanto a nivel nacional como provincial a garantizar el acceso a pacientes que los necesiten a un Acompañamiento Terapéutico (AT), no existe en la Provincia de Córdoba reglamentación sobre quiénes pueden o no cumplir este rol técnico-profesional. Eso nos llevó a indagar sobre leyes de otras provincias de nuestro país que regularan el quehacer de los at y buscamos tanto aquellas que habían logrado sanciones como las que se encontraban en vías de hacerlo y aquellos proyectos que se encuentran aún hoy en debate. [5]

Sobre los actores claves.

Cuando comenzamos a trabajar, la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (A.A.T.R.A.) estimaba la existencia en Córdoba de cerca de mil personas trabajando como at. Al no contar con ley provincial, la demanda de AT fue cubierta en el mejor de los casos por estudiantes avanzados y profesionales recién egresados de carreras como Psicología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicomotricidad, Psicopedagogía entre otras; cuando no, por personas sin formación específica.

Paralelo al aumento de la demanda y a la ambigüedad del rol, se crearon en la provincia, cursos, carreras técnicas y jornadas de capacitación de diferentes intensidades teóricas y prácticas y por ende, de diversas calidades. [6] La Facultad de Psicología de la UNC contaba con el proyecto de carrera que hoy conocemos.

Respondiendo al marco legal, algunas obras sociales cubrían prácticas de AT con criterios discrecionales al momento de seleccionar los prestadores.

Con estos datos sobre la realidad provincial definimos que los actores claves entre los que se debían debatir y consensuar las líneas de un proyecto de ley eran:

- Instituciones de Formación: Universidades Pùblicas y Privadas, Carreras Técnicas y Docentes con ofertas vinculadas a salud mental, niñez y adolescencia, discapacidad y educación física.
- Obras Sociales: Apross.
- Propuestas Formativas específicas: Cursos, seminarios de posgrado y carreras de AT.
- Asociaciones de Profesionales: A.A.T.R.A y Colegios de Profesionales cuyos matriculados se encontraran ejerciendo como at.
- Acompañantes terapéuticos en ejercicio.
- Hospitales y clínicas: que trabajan en salud mental y que contratan at entre sus equipos profesionales.

Sobre los espacios de debate y consenso y la elaboración del proyecto final.

En primera instancia se contactó a legisladores que habían tenido participación activa en el proceso de elaboración de Leyes Provinciales sancionadas, para identificar cuáles habían sido los facilitadores o los obstáculos. Encontramos así que aquellas provincias que habían logrado avances legislativos contaban también con carreras de formación terciaria o universitaria acreditada. [7]

En segunda instancia se convocó a los referentes locales de A.A.T.R.A. invitándolos a participar en la elaboración del primer borrador.

Este documento fue presentado en una jornada debate abierto y público que se realizó en la Legislatura a la que se convocaron (telefónicamente y por correo electrónico) los actores clave antes mencionados y se invitó a la comunidad interesada por medios masivos y redes sociales.

Los participantes recibieron el documento en papel y aquellos interesados que se contactaron con posterioridad recibieron la documentación por correo electrónico.

Fijamos un plazo temporal para que los interesados pudieran enviar sus aportes que sintetizamos modificando el documento base en tres oportunidades hasta contar con un proyecto que entendimos ajustado a la realidad provincial y a las necesidades de los pacientes y de los at.

Sobre la presentación del proyecto.

Durante el mes de diciembre de 2013 presentamos el proyecto que hoy cuenta con estado parlamentario, pero no fue de interés del oficialismo (con mayoría en la unicameral) hasta que ellos mismos presentaron un proyecto de ley sobre Acompañantes Terapéuticos y Cuidadores Domiciliarios durante el año 2014.

Realizamos un análisis de este nuevo proyecto y encontramos que aportaba más confusión sobre lo que significaba ser at, su rol, sus derechos y obligaciones.

Solicitamos al autor de esta segunda iniciativa parlamentaria, trabajar en la compatibilización de ambos proyectos y, una vez ajustada la misma e identificados los obstáculos que no pudieron negociarse, solicitamos a la Comisión de Salud de la Unicameral a que convoque a los actores que más activamente habían participado en la elaboración del proyecto presentado en 2013, a fin de consolidar lo trabajado y lo propuesto.

Representantes de instituciones de formación en AT, miembros de A.A.T.R.A. y at en ejercicio llevaron adelante acciones para lograr el tratamiento del proyecto conversando con distintos legisladores provinciales de diferentes bloques por canales formales e informales

durante el año 2015 sin éxito en las gestiones, razón que los llevó a realizar esos reclamos mediante la movilización; sin embargo esas acciones no prosperaron.

Quizás el mayor obstáculo para la sanción de la ley fue la acción de sindicatos y asociaciones profesionales (especialmente de enfermería) que hoy desempeñan labores en domicilios de pacientes. Sienten que peligran sus puestos de trabajo así como nosotros sentimos que sin regulación peligramos todos.

Hoy, a más de cuatro años del inicio del proceso, estamos seguros de que regular las prácticas de los at deviene una necesidad tanto para cuidar a pacientes, usuarios de servicios y a sus familias como para las personas que pretenden trabajar con problemáticas que necesitan formación y experiencia para llevar a cabo sus tareas con responsabilidad y minimizando los riesgos para pacientes y trabajadores que brindan servicios de AT.

La presencia y la acción de los at en el marco de políticas serias en materia de salud mental se hacen imprescindible para garantizar que la internación sea un recurso extremo y no una cotidianeidad vejatoria de los derechos más elementales.

- Para acceder al proyecto de Ley

<http://lilianamontero.com.ar/proyecto-de-ley-n-13275-fecha-17-12-13-acompanamiento-terapeutico/>

- [1] Recuperado de La Voz del Interior en agosto 2016 de disponible en <http://www.lavoz.com.ar/opinion/un-ano-sin-justicia-en-salud-mental>
- [2] Un médico o un psiquiatra cada 80 o 100 pacientes.
- [3] Intervención parlamentaria. 17 de abril de 2013, disponible en <http://lilianamontero.com.ar/intervencion-parlamentaria-fecha-17-04-13-tema-salud-mental-bell-ville/>
- [4] Ley 26.061, Ley 24.901, Ley 26.378
- [5] Sancionadas: Provincia de San Luis: Ley N° III-0599-2007 y Resolución 1112 que fija los alcances del título, Provincia de San Juan: Ley 7697, Provincia

de Río Negro Ley 4624. Proyectos: Santa Fe, Catamarca y Buenos Aires.

[6] Se encontraron diez (10) instituciones formando AT, tres de ellas cuentan con carreras de entre dos años y medio y tres años de duración y otorgan títulos oficiales. Las siete (7) restantes otorgan certificados por cursos que se dictan entre cuatro y nueve meses, algunos de ellos con modalidad a distancia.

[7] Universidad Autónoma de Entre Ríos (Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Nº 1024/05. Técnico en Acompañamiento Terapéutico); Universidad Favaloro (Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Nº 1042/06. Técnico en Acompañamiento Terapéutico); Universidad de Belgrano (Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Nº 1027/06. Acompañante Terapéutico); Universidad Católica de Cuyo (Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Nº 329/10. Técnico en Acompañamiento Terapéutico); Universidad del Salvador (Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Nº 173/11. Técnico Universitario en Acompañamiento Terapéutico)

Creación de la carrera de Acompañamiento Terapéutico en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

LUCIA SANCHEZ
NATACHA ZAPATA¹

Algunas reflexiones expuestas en la mesa de debate “Articulación de la formación universitaria en AT, legislación y políticas públicas en salud comunitaria”, del X Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico: “Clínica en las fronteras. Caminos del AT en lo Cotidiano”. Octubre de 2015. Facultad de Psicología, U.N.C.

En el año 2013 tomamos la decisión de que nuestra Facultad tenía que tener la carrera de Acompañamiento Terapéutico. Escuchando a nuestros propios compañeros de cursada, se trataba de una necesidad concreta, tanto para los estudiantes, como para los usuarios del sistema de salud mental. Pensábamos en ese momento, cómo puede ser que tenemos una Ley Nacional, la 26.657, que en su Artículo 5º expresa que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud” para reforzar, restituir o promocionar los lazos sociales; y una Ley Provincial (nº 9.848) que considera al acompañamiento terapéutico una herramienta necesaria para implementar este paradigma desmanicomializador, y las instituciones públicas con las que cuenta el Estado en Córdoba para formar profesionales y técnicos de la salud, no tienen aún una carrera para este campo. Era una paradoja, que sólo se iba a resolver si

¹ Las autoras son Licenciadas en Psicología, y militantes de Movimiento Sur, la agrupación estudiantil que impulsó la carrera de AT en la Facultad de Psicología. Fueron Consejeras por el claustro estudiantil en el HCD de la Facultad durante los primeros pasos de la creación de la carrera, y miembros de la comisión diseñadora del plan de estudios de la misma.

los estudiantes, junto a docentes, egresados, no docentes, acompañantes terapéuticos, empujábamos de manera conjunta, los engranajes necesarios para motorizar un cambio.

Desde ahí, comenzamos a explorar los nuevos marcos legales en Salud Mental. Encontramos que la Ley 9.848, reconoce al Acompañante Terapéutico como un agente de salud que debe estar preparado de manera teórica y práctica para integrar equipos interdisciplinarios, para poder participar en la elaboración de las estrategias de tratamiento, y que según su artículo 2: *“su función es brindar una atención en forma personalizada al paciente como la de su familia, para que pueda lograr su recuperación, el mejoramiento de su calidad de vida y su reinserción social”*.

Al ser este un dispositivo fundamental para el acceso de las personas a la atención desde una perspectiva de salud integral, el acompañante terapéutico debía contar con la posibilidad de formación continua, especializada y actualizada, para dar respuesta las diversas demandas que surgen en su campo de trabajo. Desde este punto de vista, el poder prepararse en la universidad pública se volvía una necesidad concreta. En el mismo sentido, la citada Ley Provincial en su artículo 41 reconocía dicha necesidad estableciendo que la Autoridad para su Aplicación:

“propondrá acciones para la completa articulación de la capacitación supervisada, formación continua y capacitación en servicio de los equipos interdisciplinarios de salud mental. Asimismo, estimulará y facilitará, mediante acuerdos institucionales con las universidades públicas y privadas, que la formación de los profesionales de las disciplinas relacionadas con la salud mental sea acorde con los lineamientos, principios y criterios establecidos en la presente Ley. Las entidades formadoras acreditadas ofrecerán su capacidad instalada para facilitar el eficaz y eficiente cumplimiento de los objetivos y acciones de capacitación, docencia e investigación que se propongan, las que deberán estar vinculadas al proceso de transformación institucional y a la defensa de los ejes rectores de esta normativa”.

Explorando aún más encontramos que sólo dos universidades estatales en nuestro país formaban especialistas en este campo desde carreras universitarias específicas, la Universidad Autónoma de Entre Ríos (provincial) y la Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Y que en Córdoba, provincia donde al momento existían alrededor de mil acompañantes terapéuticos, sólo dos de las quince instituciones que otorgaban títulos de Acompañante Terapéutico lo hacían con validez oficial.

A partir de esto, comenzamos a insistir en que la Universidad Nacional de Córdoba debía dar una respuesta.

Fue así que tomamos contacto con expertos en el área de acompañamiento terapéutico, con docentes interesados en aportar su conocimiento, y con cientos de estudiantes que apoyaron la iniciativa. Pusimos a la Facultad entera a discutir sobre esta necesidad. Llevamos un proyecto al Honorable Consejo Directivo (HCD), su órgano de cogobierno, donde dejamos por escrito esas voluntades, que finalmente se aprobó en octubre de ese año, y con el cual nuestra casa de estudios se comprometió a crear la carrera de AT. A partir de este proyecto se generó una comisión de trabajo abierta a la comunidad académica, de la cual participamos miembros de los distintos claustros, expertos y acompañantes terapéuticos, espacio donde se diseñó la currícula para la futura carrera. La misma fue revisada en distintas instancias, hasta lograr que cumpliera con los requisitos necesarios para ser implementada. La propuesta actual contiene tres años de cursada, comparte materias con la Licenciatura en Psicología, y contiene asignaturas de preparación específica en acompañamiento terapéutico. Implica además para obtener el título, una práctica de seis meses.

Al momento de esta mesa de debate nos encontrábamos a pocos días de aprobar la creación de la carrera en el HCD de la Facultad de Psicología, lo cual sucedió en noviembre de 2015. En el mes de mayo de 2016, se aprobó también en el órgano de cogobierno de nuestra Universidad, y en la actualidad sólo falta que el Ministerio de Educación de la Nación vehiculice la implementación de la carrera, asignando los recursos necesarios para que en 2017 comience a cursar la primera cohorte de acompañantes terapéuticos de la Universidad Nacional de Córdoba.

En este arduo proceso comprendimos la dimensión y la importancia que tiene la participación en conjunto de los distintos actores en las instituciones, pero sobre todo la fuerza que tiene el movimiento estudiantil cuando se organiza y camina convencido de que los cambios son posibles. Entendimos que es necesario para esto motorizar a mucha gente, contagiar las ganas y la esperanza de que se puede lograr, y que la juventud es un actor fundamental en este camino. Por supuesto que no alcanza sólo con esa organización de base, con el ponernos de acuerdo entre nosotros. Es fundamental también poder llevar estas discusiones y ganarlas en aquellos espacios donde se toman las decisiones, en los espacios de gobierno. Tener representantes en esos lugares de nuestra casa de estudios, nos permitió abrir las puertas para llegar a donde hemos llegado. Y nada de esto hubiera sido posible sin el apoyo de todos los que confiaron, participaron y se animaron a pensar que lo lograríamos.

De esta experiencia nos quedó además la idea firme de que la política debe ser la herramienta de la gente para la gente, para mejorar la calidad de vida de nuestra sociedad. No tendremos un mejor sistema de salud, de educación, de trabajo, si no utilizamos nuestras herramientas políticas en pos de eso, si no las desarrollamos, las hacemos crecer para lograrlo.

Lo sensible en la formación para el Acompañamiento Terapéutico

ANALICE PALOMBINI¹

Imaginé contarles a ustedes el recorrido del trabajo con Acompañamiento Terapéutico (AT) en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, en Porto Alegre, desde 1998, en verdad desde 1996, cuando trabajaba en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) – servicio de la red pública de salud mental de la ciudad – y supervisaba la pasantía de psicología. Les iba a contar de cómo el proyecto se fue modificando, de cómo fuimos aprendiendo con la experiencia de acompañar a los acompañantes en sus itinerarios, junto a los usuarios de los servicios de la red pública de salud mental y de cómo fue ganando fuerza la idea de que, más que de una experiencia conceptual, la formación en AT necesita darse con experiencia sensible, de forma que el aprendizaje pase por el cuerpo, en el ejercicio y en el cultivo de una cierta prontitud de cuerpo para el encuentro con el otro, una abertura a los acontecimientos inesperados que puedan de ahí advenir, una disposición para el imprevisto y la improvisación. También pensé en contar en cómo, junto con el proyecto de extensión, fuimos constituyendo también la materia de AT, como si fuese ella misma una experiencia de acompañamiento terapéutico (un grupo acompañándose).

Pero, recientemente, promovimos en nuestra Universidad un encuentro con grupos que vienen trabajando con AT en la formación académica, en proyectos de pasantías y extensión universitaria en acuerdo con servicios de políticas públicas. Estuvieron con nosotros Deborah Sereno, por la Pontificia Universidad Católica de San Pablo (PUC-SP), Ricardo Silveira por la Universidad Federal de Uberlândia, Minas Ge-

¹ Docente en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Email: analice.palombini@gmail.com

rais, Ana Marsillac, de la Universidad Federal de Santa Catarina, y Pedro Pacheco, de la Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y de las Misiones (URI), en el interior de la provincia de Rio Grande do Sul. Y ese encuentro nos tocó profundamente, por la afinidad que pudimos percibir entre esos cinco grupos, cinco proyectos vinculados a universidades distintas, en diferentes puntos del país. Entonces, prefiero hablar de eso, de lo que ese encuentro propició de pensamiento.

Lo que llamaba la atención en ese encuentro, fue el hecho de que nos encontramos con experiencias de AT en ciudades diversas, de diferentes proporciones, poblaciones, geografías, cada cual con su red de servicios, su política de salud mental más o menos afinada con los principios de una reforma antimanicomial, pero en las andanzas del acompañamiento terapéutico, moviéndonos todos por el mismo territorio vasto y extremo, hecho de precariedades y riesgos. Un territorio al mismo tiempo en el corazón de las ciudades y en los confines del mundo. A pesar de la singularidad y de las características propias en cada caso, hay un común en esa experiencia de AT en la red pública que los cinco grupos de AT que nos reunimos compartían. Más allá del AT como una forma como la clínica se hace, clínica en movimiento, peripáctica, itinerante, nómada, clínica de lo cotidiano, clínica sin muros, a cielo abierto, experimentamos el AT como modo de operar la clínica en territorios muy áridos. ¿Cómo dar paso a la vida en caminos que cruzan con la muerte? ¿Qué clínica de lo cotidiano es posible en las casas que visitamos, en que la violencia e indiferencia viven?

Lo interesante es que delante de las situaciones más difíciles y aparentemente sin salida, los diferentes grupos forjan caminos para el AT que van en una misma dirección, que apunto aquí:

- Sustentar la escucha singular de los sujetos en causa –sujeto de deseo pero también sujeto de derechos, de forma que la clínica se ve necesariamente entrelazada a la política.
- Buscar tejer el trabajo en red, por más ralos que estén sus hilos, forjar las estrategias para vencer la soledad en que los ats muchas veces son lanzados.
- Dar tiempo al tiempo, esperar, hacer pausas, ritmar los gestos

y las palabras; ritmar, es decir, sujetar a ritmo, crear tardanzas (ya vuelvo a esa palabra en seguida)

- Hacerse continente de los efectos de esa travesía en el cuerpo del at, en el grupo, entre ats, haciendo rodar la palabra y los afectos – la rueda continente, gira mundo, roda calle...

Son veredas que se van abriendo, sea en medio de la aridez del terreno, sea en un mato cerrado y espinoso, sin perro (o con demasiados perros, como ya nos aconteció). *Escucha, Red, Tardanzas y Rueda* son los nombres que doy a esas veredas.

Escucha

Escucha es una palabra clave en la experiencia de la clínica, tanto la clínica en sentido ampliado, la que opera en el campo de la salud colectiva, cuanto aquella, por ejemplo, del strictu sensu de la clínica psicoanalítica. Todas comparten la importancia de escuchar el sujeto, de darle oídos, aunque varíe el entendimiento de lo que importa escuchar, en donde agudizar el oído. La referencia al psicoanálisis, que comparece en muchos de los casos que compartimos, hace pensar que al lado de la atención al contexto, a lo cotidiano, a las relaciones, está también en causa, aquí, una escucha de lo inconsciente, esa dimensión desconocida de sí. ¿Pero cómo es esa escucha del inconsciente en el acompañamiento terapéutico? Hay una peculiaridad de esa escucha en una clínica que cuenta, para suceder, con los mínimos gestos y objetos de lo cotidiano. Es lo que pasa, por ejemplo, en el café cada vez compartido, entre Rosa, la acompañada, y las dos ats, en que las diferentes porciones de endulzante que cada una utiliza (o no) para endulzarlo – sin azúcar para una, tres gotas para otra, diez gotas para Rosa – configura un acto clínico, se constituye en operación psíquica, sin dejar, por eso, de ser café prosaico compartido entre personas que se visitan. O la escucha ampliada por los trayectos, donde el paisaje de las calles, los lugares por donde se pasa hace recordar y elaborar (en frente a la parada donde esperan el ómnibus, el hospital donde Rosa dio a luz a su hija más chica, y la posibilidad de traer su nacimiento a la memoria). Más que de una atención

flotante – forma distraída, pero no desatenta, de escuchar la palabra del analizante que nos enseña Freud –, el ejercicio de esa clínica requiere una corporalidad fluctuante al acompañar, corporalidad distraídamente atenta a lo que pasa alrededor, a los gestos de los que formamos parte, a los objetos que se conectan con ese gesto, a la atmósfera que planea en cada lugar, a la sucesión de acontecimientos mundanos que, como asociación libre, tejen la trama subjetiva de una vida.

Pero, si la escucha es del inconsciente, el inconsciente, dice Lacan, es la política. No hay clínica que no sea política. La clínica es hija de la modernidad, un estado democrático de derecho es condición para el ejercicio del psicoanálisis. Por lo tanto, si hay tensión entre inconsciente y ciudadanía, hay también un lazo que les es indisoluble. El sujeto de deseo anda del brazo con el sujeto de derecho. ¿La noción de ciudadanía que todavía nos guía es una noción iluminista, impregnada de la idea de sujeto universal? Si, y es un desafío, que atraviesa las prácticas cotidianas en salud mental, transformar esa noción para que ella deje de estar fundada en el principio de la razón esclarecida, para que pueda caber en ella una “locura ciudadana”. Pero, en nuestros proyectos, que articulan universidad, AT y políticas públicas, los territorios en que viven nuestros acompañados – esos confines del mundo en el corazón de las ciudades brasileras – están muchas veces tan debajo de cualquier noción de derecho, que ninguna clínica será posible si no se articula a una lucha por la conquista de ciudadanía. La escucha precisa de red. Y vuelvo entonces a ese término.

Red

El AT, como escribió Maurício Hermann (2010), es un articulador de redes. Por más ralos que estén sus hilos, como dije, es siempre en red que la clínica del AT tiene inicio y es en red que ella se desdobra y puede llegar a un término.

¿Cómo tratamos esa red? ¿Qué contratación establecemos con ella? ¿Y cómo toman parte en esta contratación aquellos que acompañamos? Digo contratación y no contrato, entendiendo que se

trata de un proceso, una permanente negociación entre diferentes puntos de vista, que no está exenta de tensiones y contradicciones, con las cuales, además – al menos es la apuesta que se hace –, es posible construir una dirección común de trabajo. Esa red requiere la presencia del Estado, la inversión en políticas públicas, ella exige equipo, equipamientos, procesos de gestión. Pero son las personas quienes enlazan sus hilos – los trabajadores, los usuarios, sus familias, la vecina, nosotros. Es preciso cuidar de los nosotros/nodos² que hacen una red. Más allá de aquello que remite a la singularidad de cada caso y a los actores que en él hacen red, en lo que dice respecto a la Universidad, a nosotros como docentes en la Universidad, la responsabilidad que está colocada, y a la cual precisamos hacer frente, es a la formación para el ejercicio profesional junto a las políticas públicas. Es un tema sobre el cual no tendré tiempo de extenderme, pero no podía dejar de hacer esa alerta.

Aquí me gustaría centrarme en un aspecto de esa construcción de red. Los casos de que nos ocupamos muestran, de la forma más dramática, como el AT no puede prescindir de una red que se coloque lado a lado, acompañando los itinerarios de los acompañados. Cuando el AT alcanza a trabajar en red (porque no siempre eso se consigue), nuestro mayor desafío es hacer con que esa red – de la que nosotros también hacemos parte – no aprisione, pero sostenga. Y que pueda sostener sin sucumbir al peso de tanta infamia en la vida. Que no huya de la raya, pero también no se deje tomar por las urgencias, precipitando una acción que no encuentra amparo en la escucha clínica. Que sepa esperar y decidir el momento de actuar. Ese cálculo no acostumbra ser fácil.

Cláudia Muller, cuyo maestría versó sobre la clínica interdisciplinaria con bebés, entre psicoanálisis y nutrición, junto a la Unidad Básica de Salud, llamó encrucijadas clínicas ese punto donde se cruzan varios caminos. Hay siempre una tensión cuando se llega a ella, pues es preciso una decisión: para dónde seguir, cuál elección hacer, en qué criterios basarse. Es preciso tomar posición, tomar decisiones y muchas veces, provocar luchas para sustentarlas. Cito:

² NT: En portugués la misma palabra - *nós* - significa tanto nosotros como nodos.

... a encruzilhada clínica só é percebida por quem já está disposto a bifurcar caminhos, por quem fez uma escolha ético-política pela multiplicidade de caminhos possíveis para se produzir saúde, por quem se recusa a tomar sujeitos como objetos das ações dos especialistas. (...) É a ética que referencia as escolhas – ética entendida como a problematização dos modos de existência, tanto em relação aos outros quanto em relação a si mesmo. (MULLER & PALOMBINI, 2015, p.299)³

En la idea de la encrucijada clínica, la tensión se presenta también entre una dimensión del tiempo que clama por actuar, el tiempo que urge, el de las urgencias, y un tiempo que se demora, que pide tiempo al tiempo.

Tardanza

Tardanza es la palabra que me fue presentada por un profesor de letras de la UFRGS, Luis Augusto Fischer, para hablar de la temporalidad peculiar de la literatura del escritor brasileño Guimarães Rosa – el tiempo del sertón (región agreste del nordeste brasileño) –, y que tomo aquí para decir del tardar del tiempo en que danza un acontecimiento por venir, que pide construcciones y ruinas, comienzos y recomienzos. Un ensayo de Peter Pal Pelbart (1993), *La nave del tiempo rey*, que desde los años 90 fue inspirador para mí, para pensar el AT, me ayuda a esclarecer lo que digo aquí. Peter inicia el ensayo hablando del mito talmúdico de la creación del mundo, de un Génesis que no se habría dado en un instante inaugural, repentino y milagroso, pero que habría sido fruto de la experimentación, del fracaso, de remontadas, pegar nuevamente,

³ NT: "... la encrucijada clínica sólo es percibida por quién ya está dispuesto a bifurcar caminos, por quién hace una elección ético-política por la multiplicidad de caminos posibles para producir salud, por quien se recusa a tomar sujetos como objetos de las acciones de los especialistas. (...) Es la ética que referencia las elecciones – ética entendida como la problematización de los modos de existencia, tanto en relación a los otros como en relación a sí mismo.

errores. 26 intentos fallidos, escribe él, precedieron a la creación del mundo, que no posee ninguna garantía: en cualquier momento el éxito del contrato puede deshacerse y la obra venirse abajo. Nuestro mundo carga así, la marca de esa incertidumbre originaria, de un inicio que podría no ser alcanzado. Sucedió, y se sostiene, no en respuesta a un orden, sino porque hubo, en cada intento, deseo, un deseo que sigue pulsando por la carne del mundo. Él asocia ese mito a la ingeniosidad, al acaso y la hinchada deseante necesarios también al cuidado de la locura.

... nunca nada está dado de antemão e o futuro jamais está garantido, 26 tentativas podem ser pouco para um louco, e frequentemente dez vezes isso ainda é insuficiente. (...) É preciso dar tempo a essa gestação com que se confronta a loucura, a essas tentativas, a essa construção e reconstrução, a esses fracassos, a esses acasos. Um tempo que não é o tempo do relógio, nem o do sol, nem o do campanário, muito menos o do computador. Um tempo sem medida, amplo, generoso. (...) um tempo que nós mesmos não temos. (PELBART, 1993, p.32)⁴

Rueda

Rueda es el nombre que uno de los grupos reunidos da al espacio de encuentro entre acompañantes terapéuticos y los docentes que los acompañan – espacio de continencia para el abrigo de los desasosiegos, de la angustia, espacio también de compartimiento del espanto, de las alegrías. Espacio de cuidado de si para cuidar del otro. Yo diría que, sin la garantía de ese espacio, es imposible sustentar en el cuerpo toda la vertiente que la experiencia de acompañar la locura por los confines

⁴ NT: "...nunca nada está dado de antemano y el futuro jamás está garantizado, 26 intentos pueden ser poco para un loco, y frecuentemente diez veces eso aún es insuficiente (...) Es preciso dar tiempo a esa gestación con que se confronta la locura, a esas tentativas, a esa construcción y reconstrucción, a esos fracasos, a esos acasos. Un tiempo que no es el tiempo del reloj, ni del sol, ni del campanario, mucho menos el de la computadora. Un tiempo sin medida, amplio, generoso (...) un tiempo que nosotros mismos no tenemos."

del mundo provoca. En contrapartida, es en la medida en que es por el cuerpo que esa experiencia pasa que un aprendizaje se hace. No hay cómo ahorrar esa experiencia, y a nosotros, que respondemos por una formación para el AT, nos cabe hacernos responsables por eso, haciendo, de esa rueda, la forma colectiva de la continencia necesaria para que un AT y un at se hagan.

Bibliografía

Hermann, Maurício Castejón. *Acompanhamento terapêutico e psicose*. Articulador do real, simbólico e imaginário. São Bernardo do Campo: UMESP, 2010.

Muller, Cláudia Odiléia and PALOMBINI, Analice de Lima. Entre bebês, abismos e fantasmas: narrativas para pensar a relação entre clínica e saúde de coletiva. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2015, vol.18, n.2, pp.292-306. ISSN 1415-4714. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p292.8>.

Pelbart, Peter Pál. A nau do tempo rei. In: _____. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 31-46.

Traducción por Santiago Gomez santiagomgomez@gmail.com,