



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

***EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO***

***Y LA TRANSFERENCIA EN LA CLÍNICA***

***DE LA PSICOSIS.***

TESIS TEÓRICA PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA QUE PRESENTA:

VELIA CERVANTES GONZÁLEZ

COMISIÓN DICTAMINADORA:

**LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA.**

**LIC. FRANCISCO OCHOA BAUTISTA.**

**LIC. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO.**

TLALNEPANTLA, EDO DE MEXICO.



IZTACALA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis hijas:*

*Gabi.*

*Luz Margarita.*

*y Anabel.*

*A mis maestros:*

*Carlos Fernández Gaos.*

*Blanca Estela Zardel Jacobo.*

*Emiliano Lezama Lezama*

*A mis hermanos:*

*Alejandro y Gustavo.*

*A mi madre:*

*Margarita González Meza.*

*A Abel Torres Piñón.*

# ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.	Pág. 2
CAPITULO 1: CUESTIONES PRELIMINARES ACERCA DE LA TRANSFERENCIA.	Pág. 4
1.1 La Transferencia en la clínica psicoanalítica.	Pag. 4
1.2 La transferencia en el acompañamiento terapéutico.	Pag. 8
1.3 La transferencia en el equipo clínico tratante.	Pág. 10
CAPITULO 2: CUESTIONES PRELIMINARES ACERCA DE LA LOCURA.	Pág.11
2.1 La Locura A través de la Historia.	Pág.11
2.2 Estado actual de la locura.	Pág.16
CAPITULO 3: ACERCA DE LA PSICOSIS	Pág.18
3.1 La Realidad Psicótica.	Pág.18
3.2 La Estructura Psicótica.	Pág.20
CAPITULO 4: EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.	Pág. 23
4.1 Origen.	Pág.23
4.2 Funciones y el lugar del acompañante terapéutico.	Pág.27
4.2.1 El Acompañante Terapéutico como representante del terapeuta.	Pág. 29
4.2.2 El Acompañante Terapéutico como Amigo Calificado.	Pág. 32
4.2.3 El Acompañante Terapéutico como Lazo Social.	Pág. 34
4.2.4 El Acompañante Terapéutico como Contenedor.	Pág. 38
4.2.5 El Acompañante Terapéutico como testigo.	Pág. 38
CAPITULO 5: ANÁLISIS DE CASOS	Pág. 41
5.1 Ben.	Pág. 41
5.2 Ricki..	Pág. 47
5.3 Alba..	Pág. 49
5.4 Lancelot.	Pág. 53
5.5 Donovan.	Pág. 54
5.6 Sandibel.	Pág. 56
6 CONCLUSIONES.	Pág.60
7 REFERENCIAS.	Pág.68

## INTRODUCCIÓN.

Dar cuenta de la locura e incidir en ella ha sido un problema tanto para la psiquiatría como para la clínica psicoanalítica, para la primera porque a pesar de los avances farmacológicos y neurológicos es poco lo que se logra con los pacientes que la padecen, en lugar de su cura lo que ocurre es su cronificación por la situación de encierro a la que se ven expuesto y a padecer males mayores por los efectos colaterales que los medicamentos les provocan además de la dependencia a ellos.

En la clínica psicoanalítica los problemas que se han enfrentado son respecto al difícil manejo de ese tipo de pacientes con quienes se dificulta mantener una relación que permita activar el dispositivo terapéutico cuyas herramientas de trabajo son la escucha y la palabra en un contexto restringido física y temporalmente, desde esta perspectiva psicoanalítica se ha intentado resolver estos problemas ideando una forma terapéutica que incluya tanto el aspecto psicoanalítico como todos los apoyos psiquiátricos requeridos rescatando sus bondades y reduciendo al mínimo las consecuencias negativas -esto es- que los internamientos no duren más que lo mínimo necesario evitando la cronificación y que los medicamentos sean dosificados de tal suerte que se minimicen los efectos negativos colaterales y la dependencia. Todo esto apoyado por un análisis de lo que les pasa a estos pacientes haciendo hablar a esta locura con el objetivo de entender lo que hay atrás del síntoma y con ello promover su cura.

Para ello se recurre a un elemento denominado Acompañante terapéutico quien en un principio se le convocó para hacer que el paciente asistiera al consultorio dado que es difícil que lo haga por sí mismo, conforme se ha ido desarrollando el trabajo de este elemento se le han asignado otras tareas y se han visto formarse otras funciones sin que hayan sido especificadas a priori de tal suerte que en la actualidad el Acompañante Terapéutico es una figura central en esta forma terapéutica de trabajo con la locura,

Lo que se expone en este trabajo son los elementos que le asignan un lugar y lo definen en su que- hacer terapéutico, para ello en el capítulo uno se define el mecanismo principal que le da cuerpo al proceso psicoanalítico y donde se configura el elemento denominado Acompañante Terapéutico dicho mecanismo es “la transferencia”. Una vez definida la transferencia a partir de sus teóricos principales Freud y Lacan y con las anotaciones pertinentes derivadas desde el espacio de trabajo del Acompañante Terapéutico continuo en el capítulo dos con el tema objeto de

investigación en que participa el Acompañante Terapéutico: La locura, su conceptualización y abordaje a través de la historia esto desde el punto de vista de Michael Foucault por ser él quien hace un esfuerzo teórico y conceptual de entender ese devenir histórico de la locura hasta llegar a convertirse en objeto de estudio de la medicina y de donde se derivan formas terapéuticas diferentes para su abordaje, siendo una de esas formas la psicoanalítica y es ahí como anotamos al inicio donde se origina la figura del Acompañante Terapéutico. En el capítulo tres se hizo necesario definir a los pacientes que padecen la locura, haciendo una diferenciación entre locura y psicosis dado que una de las hipótesis en esta tesis es que la locura esta en el contexto y el paciente psicótico es su texto, tal definición de psicosis se elabora desde los planteamientos de Lacan quien sobre la base de los principios teóricos y metodológicos de Freud intenta resolver el problema de que el psicótico –a decir de Freud- no es proclive al psicoanálisis dada su imposibilidad de establecer en él el mecanismo de la transferencia Lacan demuestra lo contrario.

Una vez definidas conceptualmente: locura y la psicosis paso a desarrollar en el capítulo cuatro el origen del Acompañamiento Terapéutico así como las principales funciones y el lugar que se le ha ido asignando reportado esto en la escasa producción teórica que existe respecto a este tema, en este mismo capítulo incluyo comentarios emergidos desde mi experiencia como Acompañante Terapéutico que ejemplifican y problematizan la forma de concebirlo y con ello en el capítulo 5 paso a desarrollar el análisis de algunos de los casos en los que he participado y de donde rescato las respuestas a las preguntas subyacentes del presente trabajo y las cuales son: ¿Cuál es el lugar del Acompañante Terapéutico?, ¿Cómo transcurre la transferencia?, ¿Cuáles son los alcances y las limitaciones del Acompañamiento terapéutico? preguntas cuya respuesta se expone en el último capítulo de la presente tesis así como mi opinión respecto a las posibilidades del acompañamiento terapéutico como intervención en la clínica de la psicosis, intervención que además de la posible cura conlleva un elemento de investigación respecto a lo que la locura narra acerca del hombre y sus posibilidades de libertad.

## RESUMEN.

En el marco de la psicoterapia psicoanalítica surge la figura del Acompañante Terapéutico respondiendo a una necesidad de los psicoanalistas para resolver la dificultad que presentan los pacientes de estructura psicótica para establecer la transferencia. Dado que se ha teorizado poco con respecto a esta figura, en la presente tesis se analizaron las formas que adquiere su que- hacer y como se ha ido prefigurando su lugar. Ha través del tiempo han sido muchas las funciones que se le han asignado: contener, poner limites, ser testigo del delirio, hasta de medicar y cuidar al paciente, sin embargo la más importante concluyo ha sido la de establecer un lazo social con el paciente. También en el desarrollo de su que-hacer como acompañante su lugar se ha prestado a confusión con el lugar del analista dado que tanto en uno y en otro opera la transferencia y la respuesta que he encontrado para resolver tal confusión ha sido que difiere en cuanto a forma por que su trabajo lo realiza fuera de un consultorio y pasa mas tiempo con el paciente que el analista del caso. En cuanto a contenido ambos lugares son equivalentes puesto que la transferencia opera tanto dentro como fuera del consultorio. En la dilucidación de como transcurre la transferencia cual es su que-hacer y su lugar como acompañante se hizo necesaria la revisión de los escasos textos disponibles sobre Acompañamiento Terapéutico así como los textos de Lacan, Freud y Foucault respecto a las categorías derivadas del psicoanálisis que competen al ámbito de trabajo del Acompañante Terapéutico y las cuales son: transferencia, locura y psicosis dado que la primera es la herramienta de trabajo, la locura es el contexto de incidencia del acompañante y el paciente psicótico es el medio por el cual la locura muestra su texto. Advertí apoyada en Foucault que la locura se configura a través de la historia en un intento del hombre por sobrevivir y hacerse humano cuando sus derechos más elementales le son vedados por el mecanismo de la “exclusión” significativa que acompaña a la locura en dos dimensiones la primera desde el ámbito social al promoverse el encierro de los locos y la segunda en el ámbito psíquico – a decir de Lacan- al “forcluirse el nombre del padre” lo que origina la estructura psicótica. La metodología usada para el análisis de las categorías propuestas como la identificación del que-hacer y lugar del acompañante terapéutico fue una constante reflexión teórica apoyada en los autores citados desde el escenario de mi trabajo como Acompañante el cual he realizado por aproximadamente 10 años.

# CAPITULO 1

## CUESTIONES PRELIMINARES ACERCA DE LA TRANSFERENCIA

### 1.1 La Transferencia en la clínica psicoanalítica.

En los tratamientos clínicos de corte psicoanalíticos la transferencia es la herramienta básica de trabajo, por ello, es importante partir de algunas consideraciones al respecto que nos den idea de que hablamos cuando nos referimos a la transferencia.

Podemos decir que a lo largo de la vida de una persona encuentra formas para relacionarse con los otros cuyo formato es una repetición de sus relaciones más tempranas, al repetir este formato una y otra vez transfiere sus afectos originados en el pasado sobre una nueva persona que ha aparecido en su vida de ahí la influencia que logra tener sobre éste el educador, el sacerdote, el psicoanalista, el médico etc. Es decir, las personas que tienen alguna autoridad moral en su vida. Freud en su 27ava conferencia (S, Freud 1990) nos habla del mecanismo de la transferencia y nos dice:

“Llamamos transferencia a éste nuevo hecho que tan a regañadientes admitimos. Creemos que se trata de una transferencia de sentimientos sobre la persona del médico. Pues no nos parece que la situación de la cura avale el nacimiento de estos últimos” (p. 405)

Y de donde podemos deducir que existen formas de relación genuinas y legítimas y otras donde opera la transferencia.

Desde mi particular punto de vista diría que salvo las primeras relaciones –es decir las generadas por las personas que están en el entorno social del sujeto desde su concepción y primeros años de vida tendrían esta característica de legitimidad las subsecuentes serían un calco de estas o sea que todas estarían marcadas por el mecanismo de la transferencia como elegir pareja por ejemplo. Sin embargo Freud mismo señala que no es cuestionable la genuinidad del enamoramiento que sobreviene dentro del tratamiento analítico pero que es importante conducirse con la debida cautela.

También es importante señalar que así como la transferencia para Freud se sitúa a partir de los afectos depositados en el analista, es importante que los sentimientos amorosos cuando aparecen no sean sofocados de entrada pero tampoco podría permitírsele un decurso en lo real puesto que tales se originan a partir de la situación analítica lo cual implicaría, de hacerlo, una imposibilidad para la cura en tanto que el o la paciente caerían en esa tendencia a repetir lo que tan solo tendría que recordar para



poder reelaborarlo en lo psíquico y avanzar en el análisis y que además esto tendría también una implicación ética dado que tal transferencia amorosa al ser impuesta desde la situación analítica implica una ventaja para el analista y no podría suponer que tal se debió a las excelencias de su persona. El sofocamiento traería consigo la ruptura de la transferencia y con ello la venganza del paciente en cuestión por ello es importante trabajarla como algo genuino pero irreal que permita traer a escena las formas anteriores de enamorarse y de amar reacciones incluso infantiles, señala Freud y someterlas a un análisis detallado de tales en aras del avance de la cura. (Freud 1990)

También es importante decir que para Freud las personas afectadas por neurosis narcisista (psicóticas) no son factibles de análisis dado que en ellas no opera la transferencia, es decir, al no investir a los objetos no transfieren afectos sobre la persona del analista. Por otro lado para Lacan (1984) los afectos no tienen mucho que ver en este mecanismo dado que la transferencia se da solo en determinados momentos a través del análisis, es decir es un mecanismo que opera en circunstancias especiales a lo largo del desarrollo de un análisis y al margen de los afectos, dicho en otras palabras, la posibilidad de que ocurra un cambio o se remueva algo de la realidad psíquica se produce en virtud de la palabra (probablemente aquí no cabría la posibilidad de hablar de influencia). En suma para Lacan la transferencia propiamente dicha es la acción de la palabra y hace una distinción con respecto de esta y los afectos que aparecen en la relación analítica.

Freud también anota que la transferencia es positiva cuando logra progresos en el análisis y se convierte en una resistencia cuando se trata de transferencia negativa, esto es, el paciente puede transferir los sentimientos más tiernos y amorosos en la persona del analista y por ello ser proclive a dejarse influenciar por sus palabras y por el contrario si los sentimientos que se han transferido son hostiles entonces la transferencia operará como una resistencia para colegir las interpretaciones del analista lo mismo ocurre cuando los sentimientos amorosos son altamente eróticos. Para Lacan es cuestión de sí el sujeto esta en posición estructural de admitir tal palabra y nos alerta con respecto a la neutralidad que debe de guardar el analista.

Así mismo, decíamos, hace una distinción entre las características positivas y negativas de la relación amorosa y los vínculos de la transferencia (idem) como si los vínculos amorosos y los vínculos de la transferencia fueran cosas distintas que se entrelazan en determinado momento, con lo cual podemos colegir que la transferencia no es una repetición de las formas en que el sujeto a recibido el amor en las diferentes formas de

relación que ha vivido, sino que es un mecanismo que opera cuando una palabra, la del analista, deviene en interpretación y consigue un cambio cualitativo en el sujeto analizado. Sin embargo esta característica no es exclusiva de la situación analítica sino que es propia de cuando dos hombres se comunican de manera auténtica y plena (idem). Y que sin embargo algo o mucho tiene que ver los afectos que se establecen hacia el emisor de tal palabra y que consigue un cambio en el sujeto que la recibe, o por el contrario dichos afectos podrían promover que dicha palabra fuese rechazada por el sujeto receptor. En el caso del análisis no es la capacidad de influencia y adoctrinamiento lo que habrá que buscar para que dicha palabra sea factible de ser recibida sino la situación en la que el sujeto receptor, léase analizado, esté en posición estructural de recibirla.

¿Pero que quiere decir que esté en posición estructural de recibirla? la respuesta a esto cobra vital importancia porque como hemos mencionado Freud considera que los sujetos neuróticos son proclives al análisis justo porque establecen relaciones afectivas con el analista y no así los psicóticos la cuestión acá es que si para Lacan eso no importa sí lo es que sean factibles de simbolización lo cual les posibilita el admitir tal o cual palabra. —es decir- simbolizar en virtud de la transferencia aquello que quedó reprimido en el inconsciente del sujeto. Sin embargo como veremos más adelante en la psicosis parece no haber inconsciente ni posibilidades de simbolización, esto no tendría mayor apertura con respecto al planteamiento freudiano de las psicosis si pensamos en una relación lineal analista-analizado, pero esta relación no es lineal ni para Freud ni para Lacan. Freud lo vislumbra así al considerar a la contratransferencia como aquellos sentimientos del analista hacia el analizado y para Lacan al considerar que en la relación analítica el sujeto conquista su desarrollo en virtud a la transferencia, (léase), acción de la palabra integrándose a un sistema simbólico. (idem).

Aquí me llama la atención que aún que el planteamiento de Lacan es eminentemente dialéctico insista en la neutralidad del analista, la razón puede estar en que la palabra que aporte el analista aunque cubra los requisitos de ser una palabra verdadera puede ésta no ser la suya, la del paciente, sino una introducida por el analista a partir de sus propios esquemas al menos es lo que comenta con relación a la manera abrupta y arbitraria —a decir de él- en que procede Melanie Klein con sus pacientes. (idem). Así la neutralidad parece apuntar hacia la consecución de la palabra del paciente que evite el adoctrinamiento y el análisis intelectualista al proponer esquemas conceptuales de

ubicación para el sujeto que se analiza. –es decir- que la palabra emerja del sujeto que le dé un sitio en el mundo y no que el analista le diseñe tal.

Sin embargo autores como Davoine y Max Gudilliere (1999) nos hablan no de una transferencia de afectos ni de una repetición de formas de relación ni de un momento transferencial donde la palabra hace acto promoviendo un cambio en el paciente sino de que en la psicosis todo es transferencia y lo que como terapeutas buscamos en un momento de empate entre él vacío de significantes que dan sustento a la locura del psicótico y la locura del propio terapeuta que aunque seres marcados por diferentes estructuras psíquicas conllevan una historia que no ha sido escrita y que habrá de escribirse justamente en el desarrollo de un análisis posible si logramos establecer un lazo social que delimite a la transferencia, es decir, que articule ese vacío del psicótico con un significante del terapeuta o bien con su propio vacío. Una idea similar encontramos en Lacan (1984)...cuando menciona que “ Todos los seres humanos participan en el universo de los símbolos. Están incluidos en el y lo sufren mucho más de lo que lo constituyen. Son mucho más sus soportes que sus agentes. Es en función de los símbolos, de la constitución simbólica de su historia, que se producen esas variaciones por las cuales el sujeto es capaz de tener imágenes variables quebradas, despedazadas, incluso llegado el caso, in- constituidas, regresivas de sí mismo. Lo observamos tanto en los *vorbilden* normales de la vida cotidiana del sujeto, como en el análisis de modo más dirigido.”

\_\_\_En esta forma de concebir a la transferencia no cabe neutralidad alguna ni con Freud al poner los sentimientos amorosos en el centro de la transferencia ni con Lacan al colocarse el analista como otro diferente ni cuando hablamos que lo que delimita a la transferencia y con ello hacerla efectiva es el establecimiento de un lazo social. Al decir hacerla efectiva es lograr crear algún pre- significante que devenga en significante y con ello factible de cobrar sentido. Tal creación estaría justificada por lo dicho arriba por Lacan dado que si el sujeto se encuentra inmerso en un universo de símbolos es el establecimiento de un lazo social lo que hará que se delimite éste. Aunque el paciente no tuviera acceso propiamente dicho al uso de lo simbólico al estar el significante primordial forcluido. (Sol Aparicio 1992) y que justamente por efecto de la transferencia se propicie el acceso a la simbolización que es a lo que me refiero al decir “cobrar sentido”.

Resumiendo: la Transferencia es la repetición de un formato mediante el cual el sujeto se relaciona con los otros recibe o rechaza los afectos incluido el amor originado desde

sus relaciones más tempranas y que ahora transfiere en sus actuales relaciones incluida la relación analítica cuya efectividad depende de que se cuiden ciertas características propias del análisis. Es decir, que se logre un cambio cualitativo en el estado actual del paciente depende del tratamiento que el analista dé a tal transferencia posibilitando el escenario para que la palabra haga acto permitiendo al paciente la conquista de su devenir como sujeto. En otras palabras, el analista se encuentra en una posición propicia para ceder el poder a la acción de palabra en virtud de los sentimientos que el paciente le transfiere.

### **1.2 La transferencia en el acompañamiento terapéutico.**

El acompañamiento terapéutico se realiza principalmente con personas psicóticas, en la relación que se establece entre el paciente y el acompañante es reconocido que opera el mecanismo de la transferencia esta puede ser positiva o negativa, cotidianamente decimos que cuando se relaciona bien nos acepta e interactúa de uno o de otro modo con nosotros hay transferencia positiva y cuando se aleja nos da la espalda nos ignora o de plano nos coloca en el lugar de su perseguidor decimos que hay transferencia negativa. El reto a partir de ahí es ¿cómo? mantener la transferencia positiva a lo largo del tiempo para lograr hacer un buen acompañamiento terapéutico o bien, ¿cómo? trabajar esa transferencia negativa que dé como resultado que el paciente lleve al espacio de su propio análisis estos brotes de hostilidad y descubra de donde se transfieren a la figura del acompañante. En este plano cotidiano del acompañamiento terapéutico se equipara la transferencia positiva con el hecho de que al paciente le caímos bien nos tiene la confianza para hablarnos de lo que le aqueja se siente seguro con nosotros lo cual posibilita cubrir las funciones de acompañante terapéutico. Cuando iniciamos un acompañamiento con un paciente resulta muy importante lograr que se relacione con nosotros que podamos compartir cosas hacer cosas con él que no para él. Es decir, que podamos convivir realmente durante el tiempo en que le acompañamos a veces esto se dificulta el paciente no tiene ganas de hacer nada justamente uno de sus síntomas es no querer saber nada del mundo que le rodea ni de entrar en relación con nadie para él estar en el vacío es lo que priva en su existencia, o bien, se encuentra inmerso en un mundo privado desde donde emite un discurso delirante o se siente perseguido acosado por ideas irracionales sin poder asirse a ninguna mirada, nuestra mirada que le dice cosas percibiendo nuestros miedos nuestras angustias y nuestras propias dificultades para relacionarnos y por supuesto también nuestro deseo de que mejore.

Cuando logramos establecer una buena o mala relación nos preguntamos por la transferencia como asumirla como manejarla como conducirnos a través de ella como evitar que el paciente actúe nuestros deseos cancelando la posibilidad de que emerjan los propios.

O bien como conjurar su mecanismo de ruptura de lazos sociales. Como hacer para que nos permita compartir su mundo privado evitando confundirnos en una "locura de dos" que genere la puesta en escena de actos de trasgresión y peligro para la seguridad del paciente y la del propio acompañante.

En lo que se refiere a la transferencia en el acompañamiento sí están involucrados los afectos no porque necesariamente sean los que le den sustento al mecanismo de la transferencia sino por que se espera que en esta relación se anuden lazos afectivos con el paciente. Y lo primero que podemos observar es que el paciente se relaciona con nosotros de una manera similar a la que lo ha hecho en el pasado y que las características particulares se forman a partir de la individualidad del acompañante para quien analizar sus propias formas de relacionarse es de vital importancia para estar en posición de saber que es lo que ocurre al relacionarnos con el paciente. Saber si pudimos lograr ser otro frente a éste o si nos confundimos con él.

Cuando el paciente nos acepta notamos que podemos influenciarlo nos pregunta como mejorar el estado en que se encuentra y podemos caer en la trampa de colocarnos en el lugar del que sabe y dictar recetas las cuales podrían funcionar un tiempo debido justamente a la influencia que podamos ejercer, luego, se dará cuenta que la palabra, nuestra palabra fue falsa con la que cubrimos momentáneamente un vacío, su vacío, al indicar por ejemplo "no pienses en eso ni en esto otro, tu puedes, échale ganas, etc." Pronto se dará cuenta del engaño pues el vacío surge de nuevo dejará de confiar en nosotros y probablemente esto haga que se encuentre peor que antes, nosotros pensaremos que son mil cosas las que ocurrieron para que la transferencia cambiara y seguir pensando que somos profesionales sabedores del oficio, pero eso no es lo peor sino que de algún modo la posibilidad de ejercer alguna influencia hizo que nos manejáramos frente al paciente sin interpelarlo como sujeto reproducimos una trama donde éste esta anulado. Esta posibilidad de influenciar que ocurre en el acompañamiento ¿es parte del mecanismo transferencial? si es así ¿cómo aprovecharlo como recurso terapéutico? sin caer en una relación más para el paciente de fijación a su estatus de psicótico utilizándolo como medio de expresión de nuestros propios deseos y anulándolo cómo sujeto.

### 1.3 La transferencia en el equipo clínico tratante.

Como hemos intentado plantear el asunto de la transferencia es de suyo un asunto complejo, cuanto más, cuando se trata de un diseño de atención en equipo usado en los casos de psicosis con la intervención del acompañante terapéutico dado que en los pacientes con psicosis es difícil mantener la transferencia incluso se dice que ésta parte del terapeuta y no del paciente por ello la razón más importante para recurrir a la participación del acompañante terapéutico es establecer y mantener la transferencia.

Por ello, analizar la transferencia cobra capital importancia en las diferentes formas en que aparece a lo interno del equipo diferenciando la transferencia del paciente hacia el acompañante y con respecto a la que establece con su analista, así como con los demás integrantes del equipo terapéutico como el psiquiatra principalmente, a veces contrariamente a lo esperado en lugar de que la participación del acompañante sirva para sostener la transferencia hacia el analista (Rossi y Pulice 1994) esta se dispersa o se da de forma más intensa hacia el acompañante o bien hacia el psiquiatra u otro integrante del equipo tratante esta problemática según su resolución se presta a que ocurran actos de “poder” que van en detrimento de la cura del paciente y si a esto aunamos que la transferencia no solamente se da en el sentido del equipo tratante hacia el paciente y viceversa sino de entre todos y cada uno de los integrantes de dicho equipo, el asunto de la transferencia se vuelve realmente compleja adoptando las formas particulares del caso clínico en cuestión.

Todo lo anterior será documentado a través de algunas escenas vividas en mi trabajo de acompañante terapéutico pero antes es importante que me detenga a exponer lo pertinente con respecto a la locura y la psicosis que es el terreno de trabajo del acompañamiento terapéutico,

En el siguiente capítulo plantaremos lo referente a la locura, como es que ésta fue poco a poco a través de la historia convirtiéndose en objeto de la medicina y posteriormente objeto del psicoanálisis y como el paciente psicótico viene a ocupar el lugar del síntoma a través del cual se narra esa locura.

## **CAPITULO 2**

### **CUESTIONES PRELIMINARES ACERCA DE LA LOCURA.**

#### **2.1 LA LOCURA A TRAVÉS DE LA HISTORIA.**

A través de la historia se van originado formas de percibir a la locura de acuerdo a la época socio histórico de que se trate en donde pueden subsistir ideas e impresiones completamente distintas unas de otras lo cual trae consigo una forma particular de vivirla en lo cotidiano y en lo profesional, esto es, se actúa con respecto a la locura de acuerdo a las ideas que de ella se tengan, así, las disposiciones religiosas, jurídicas y métodos de sanción se han ido originando de acuerdo a esto. A continuación veremos la experiencia que la época clásica hizo de la locura y la derivación que se obtuvo hacia los métodos terapéuticos actuales.

La época clásica ( Foucault. M. 1967) recoge las impresiones desarrolladas a lo largo del tiempo desde la edad media pasando por el humanismo del renacimiento hasta la época contemporánea, es a través de un proceso histórico que la locura llega a convertirse en objeto de la medicina con lo que adquiere un sello particular tal experiencia pero conservando la misma experiencia trágica que subyace a las diferentes concepciones morales, filosóficas, religiosas que se han desarrollado a través de la historia -esto es- lo oscuro lo inhumano y sobrenatural. Es la noción de pecado el emparentamiento con los vicios su confusión con la miseria y la mendicidad lo que llega a situar a la locura en un antagonismo de la sinrazón con la razón de la época clásica. Sinrazón de la cual tiene que liberarse y adoptar su propio rostro, el confinamiento ha sido el medio para lograrlo y los problemas que la locura plantea dentro del encierro aunado al humanismo de la época renacentista logran en cierta medida irse colocando como objeto de la medicina lo cual habría que aclarar no es debido a el desarrollo de una ciencia médica sino por el contrario la ciencia medica se beneficia del proceso mediante el cual la locura conquista un lugar para sí desde los espacios de exclusión donde ha sido pretendidamente silenciada. Esa experiencia trágica subyacente se refiere a la nada del hombre que lo sumerge en incertidumbres en su no-ser de su existencia que contraría las mínimas referencias que el hombre ha encontrado para explicarse su existencia como el “pienso luego existo”. Dicha experiencia trágica ha sido trágica justamente porque cuestiona a la razón sumergiendo al hombre en un

mundo de tinieblas donde la imaginación y el terror aparecen. Durante la edad media, caracterizada por el desarrollo de una cultura teo-céntrica la rigidez teológica propiciaba la exclusión de aquello que aparecía como demoníaco, luego, con el advenimiento del renacimiento la locura gozó de prestigio y libertad puesto que se le concedía un valor de verdad, una verdad que se ocultaba tras de la razón con quien formaba una unidad dialéctica la cual se expresaba en las obras callejeras de teatro, la literatura y la poesía, pero esto cambió poco a poco se le fue orillando a la marginalidad compartida con otros sectores sociales que por causarle temor o algún tipo de incomodidad a la sociedad, reprimía o trataba de ocultarlos como sucedió con los leprosos y posteriormente los afectados de enfermedades venéreas. Los espacios de reclusión se diseñaron precisamente para los primeros y al desaparecer estos fueron ocupados por los segundos y no fue sino hasta dos siglos mas tarde que los vinieron a ocupar los locos quienes eran encerrados ahí más bien por un criterio moral cuyas categorías de análisis eran el bien y el mal consideraban a los locos presas de su animalidad lo cual no les permitía respetar los preceptos religiosos y morales. O por un criterio ético que tenía que ver con categorías tales del orden y el desorden, lo cual hizo que se les revoliera con los mendigos y con un criterio legal al aparejarlos con los asociales y los desadaptados. Sin embargo hay una diferencia fundamental entre el criterio moral, ético y legal que puede expresarse en la tolerancia que tal criterio impone pero no por ello se derivaba de ahí un mejor trato, así por ejemplo, se pensaba que los grilletes y los lugares insalubres donde se les encerraba en la edad media no era por cuestión de castigarlos sino como decía, se les consideraba algo así como poseídos cuya liberación dependía justamente de sufrir tales condiciones.

Esta experiencia medieval y renacentista más los valores que pregonaba la revolución social en Francia, (igualdad, libertad y justicia) más las nuevas condiciones económicas generadas por la revolución industrial en Inglaterra conformaron esa experiencia clásica de la locura

Con el advenimiento de la revolución industrial y al hacerse las contradicciones sociales más injustas exacerbándose la pobreza los pobres y los mendigos fueron encerrados al no reconocerse tales condiciones, eran la otra cara del “progreso” y como éstos no justificaban el progreso que se sustentaba fueron consideradas sus circunstancias producto de su incapacidad para el trabajo y su flojera por lo que se pensó que encerrándolos y poniéndolos a trabajar se resolvería el problema y a la locura



se le empato con estos puesto que tampoco eran productivos y no tenían ese éxito social esperado.

La figura del loco tardó machismo tiempo para llegar a ser considerado un enfermo aun después de que recibieran cierto tratamiento médico, es decir, aunque en los lugares de reclusión se les prestara auxilio de este tipo, la razón de su internamiento no era a partir de un criterio médico sino que era un juez quién lo dictaminaba. Así al tiempo que en un plano formal social eran considerados desadaptados por no ajustarse al mundo de la modernidad la experiencia en estos reclusorios desarrolló una idea médica a partir de la cual el loco cambió de dueño ya no eran las leyes quienes dictaminaban su destino al imponerle un lugar un castigo y una forma de sanar sino que ahora es el médico quien desde su razón positiva científica dictaminaría sobre su padecer y su culpa por las faltas a la razón y caer en el desorden que violentaba a la sociedad.

Resumiendo, podemos decir que la idea de la locura ha ido modificándose a través del tiempo y muchas veces han coexistido diversas ideas desde la percepción social que se tiene de ésta, de la dictaminación oficial que se define desde la legalidad y de una practica pre-médica desarrollada en el medio de su encierro, lo que ha prevalecido a través del tiempo es que el otro desde un lugar de poder, sea el sacerdote, el juez o el médico y sus diferentes razones son los que han dado fe de la alienación del loco, se han apropiado del el, le han proporcionado un lugar y se han ocupando de éste a cambio de su libertad –es decir- en el encierro y la apropiación de loco se ha fomentado la alienación

En la racionalidad del mundo moderno que se asume como enemigo a vencer a lo irracional ya no es “lo malo” lo que habrá que conjurarse sino aquello que este bajo el rubro de la sinrazón y ahí es donde Foucault marca el horizonte de una cierta liberación de la locura de los ciento cincuenta años que esta fue encerrada y producida en su aspecto actual debido precisamente a ese confinamiento cuya característica que prevalece desde que se desterraba a los locos es que ésta era excluida.

Dicha liberación está dada entre comilla puesto que la medicina con Pinel y con Tuke no eliminó tal exclusión ni el hecho de que la locura fuese narrada desde una razón ahora la médica, impidiéndosele hablar por sí misma. La marginalidad y la exclusión siguen siendo significantes que acompañan a la locura igual se pretende encerrarla en psiquiátricos igual como forma social de asumirla se excluye tratando de negarla o de desaparecerla o de ocultarla negando su articulación con lo que se asume como normal.

Sin embargo el encierro a la vez que le ha dado un lugar también le ha dado una identidad y un decurso hasta llegar a lo que ahora conocemos como locura y sus formas de abordarla una vez que llegó a constituirse como objeto de la medicina.

Desde el año de 1656 en que fue originado el Hospital general no como un espacio médico sino como un espacio de confinamiento lo que ha sucedido ahí con la medida de encerrar a todos los desadaptados sociales no se puede juzgar de acuerdo a una evolución lineal de las cosas puesto que por un lado a sido origen este confinamiento de alienación también ha sido el espacio de la expresión de la locura y sus formas así como el origen de medidas terapéuticas para su cura en un proceso complejo donde la locura a sido formulada, percibida y colocada en el lugar en que la conocemos ahora, podemos colegir dos estatutos que se han desarrollado a lo largo del siglo xix y xx donde se combinan aspectos de orden ético, jurídico, moral, donde se juegan los mitos y miedos que dan valor a las costumbres de la gente en sus comunidades todo ello heredado de siglos atrás tales estatutos son los que ha otorgado a la locura la ciencia positivista, por un lado y por otro el que le otorga el psicoanálisis una vez que a través de ese proceso complejo a llegado a ser la locura objeto de la medicina,.

Podemos decir que es el positivismo a inicios del siglo xix, el que recoge los frutos del desarrollo histórico de la locura en todas sus facetas en que ésta fue experimentada; pero en un movimiento donde la razón no incorpora esa historia sino que desde una concepción objetiva y ahistórica del mundo la coloca como objeto de análisis médico encerrándola nuevamente en una concepción científica objetiva del hombre al pretender liberarla de su parentesco –o mejor dicho- confusión con los condenados, de separar a la inocencia de la sinrazón de la culpabilidad del criminal. Lo cierto es que la locura misma al ser experimentada en los confines del internamiento ha atravesado por un proceso de liberación primero se diferencia de la miseria y de la sinrazón al ocurrir que la medida social para liberarse de los asociales y los desposeídos no ha sido el internamiento sobre todo cuando en épocas de crisis se ha necesitado de su fuerza productiva lo cual ha llevado a hacer una depuración de los que pueden estar fuera del internamiento atendidos por su familia y recibiendo los apoyos del estado sin tener que mantener a los grandes internados y los que no pueden incorporarse a la lógica productiva social, así, los locos y los criminales son quienes quedan reclusos pensándose en el siglo vxiii que no era justo darle el mismo destino a los criminales que a los locos y en el siglo xix la injusticia se planteaba de manera inversa no se consideraba justo que los insensatos tuvieran la misma suerte que los criminales, en

cierto momento también resulto un recurso para éstos últimos el pasar a las filas de los insensatos para liberarse del castigo impuesto ya que el régimen en que se encontraban los insensatos a finales del siglo xviii era mas benigno que el régimen otorgado a los que habían cometido algún crimen así sea que prefirieran pasar por locos sea que el estado les otorgara ese beneficio por no ser su crimen tan grave, con todas estas contradicciones se habrá la posibilidad de hacer una nueva separación donde el loco será recluido ya no en sistemas carcelarios sino que se funda por fin el *asilo* con una motivación ya claramente médica y donde convergen la filantropía de Tuke y la experiencia médica de Pinel siendo esta la respuesta que se logra a principios del siglo xix a ese aspecto complejo que ocasionaba malestar y miedo en esta época como en las precedentes pero con una cualidad distinta puesto que lo que ahora se llama locura ha sido prefigurada dentro de los márgenes del internamiento y ahí mismo al desarrollarse una experiencia medica subalterna a la necesidad de eliminar el desorden se habían descubierto caminos para su trato terapéutico. Esta experiencia médica filantrópica liberaba al loco de vivir encadenado de ser maltratado y de vivir en lugares insalubres pero lo remitía a la prisión de su propia conciencia dado que el loco debía responder con “buen comportamiento” al buen trato otorgado para garantizar el aprendizaje de estas buenas maneras con las cuales se debía conducir estaba el medico, los vigilantes y todo el personal del *asilo*. El silencio por un lado y por otro que el loco pudiera mirar su propio espectáculo y con ello hacer un enjuiciamiento de su conducta eran los medios que utilizaba el asilo en la conjuración de la locura. Esto es heredado tanto por la psiquiatría y la psicología positivista como por el psicoanálisis, los primeros de acuerdo a una ciencia positiva del hombre crean las bases para una atención organicista medica basada en la medicación y una teoría para el aprendizaje de las conductas adecuadas que le permitan al loco el hacerse acreedor del “buen trato” teniendo como recurso de contención y castigo: “la culpa”.

Y es en este sentido que se han ido conformando los distintos métodos terapéuticos que conocemos en la actualidad según la idea de sujeto que se juegue desde el marco teórico que tengamos y de la teoría que de ahí se derive. El positivismo por ejemplo a partir de una concepción fisiológica, naturalista y antihistórica del hombre ha permitido el desarrollo de una psicología mecanicista cuyo método terapéutico deriva en la predicción y control de la conducta. El psicoanálisis aunque también pudiéramos decir atiende a los aspectos innatos del individuo incorpora a la subjetividad como la esencia misma del hombre encontrando en su estructuración psíquica los aspectos promotores

de patologías entre ellas la locura. Su método terapéutico con una idea muy distinta del hombre utiliza los mismos medios, es decir, el silencio y el espejo anulando la condenación pero revistiendo al personaje del médico como mediador para que la locura se exprese y se mire liberándola del asilo diseñando un espacio terapéutico de desalineación a través del otro, es decir, él médico y adoptando el bagaje histórico del devenir de la locura se plantea a decir de Foucault la liberación real de la locura al prodigarle una escucha a su propio discurso que habla de sí misma y de su historicidad como patología.

El Acompañamiento Terapéutico se inscribe dentro de este marco teórico donde el sujeto que porta la locura tiene una historia que contar y una patología diseñada por la exclusión histórica promotora de alienación donde la pretensión, sino, el hilo conductor de la cura tiene que ver con esa escucha que libere al sujeto de su alienación como loco y como propiedad de otro que decide por él desde un lugar de poder.

## **2.2 Estado actual de la locura:**

Con todo, el internamiento no ha desaparecido en la actualidad lo mismo se encierra a los pacientes psicóticos portadores de la locura en psiquiátricos donde el encierro y el hacinamiento siguen promoviendo alienación

En Francia, sin embargo, se ha dado un movimiento ha finales del siglo xx donde el asilo no es un encierro sino un espacio de acogimiento de puertas abiertas lo cual a dado cabida a la figura del *referente* quien tiene la función de acompañar al loco en su proceso analítico ocupando un lugar distinto al del psicoanalista pretende ser una extensión del dispositivo freudiano de escucha y de espejo.

En América Latina se ha acuñado el término de Acompañante terapéutico, figura central de análisis de esta tesis quien se podría equiparar con el *referente* francés y el que bajo esta perspectiva psicoanalítico se utiliza como el recurso que minimice o cancele la necesidad de encierro.

No solo el abordaje de la locura ha ido desplazándose en el sentido de su liberación por la escucha sino que el aspecto teórico ya una vez legitimada la figura médica y a la locura como su objeto, la escucha ha llevado precisamente a colegir nuevas aportaciones sobre la idea de locura Davoine F. (1999) por ejemplo, señala que la locura no es algo que aparezca en el sujeto que la porta sino que éste solo es el síntoma de una locura gestada en su entorno y de generaciones atrás al menos tres apunta Davoine, la escucha se plantea de manera directa hacia aquello que tenga que decir de sí misma y

donde reaparece “la nada” de ahí que Jean Max G dirá metafóricamente que: “La locura son los espacios recortados en la vida de una persona”. A partir de esta idea ahora el que escucha ya no esta separado del discurso del loco puesto que esos espacios recortados habrán de ser inscritos con significantes construidos en el proceso de escucha, es decir, ahí donde no había nada se crea un significante que conjura la locura posibilitando el decurso de una historia hasta entonces desarticulada y sin posibilidades de desarrollo justo por esos “huecos” sin inscripción.

Ahora el asunto es por qué aparecen estos espacios recortados en la vida de una persona ante lo cual Jean Max G dirá: “en los espacios totalitarios la libertad no puede ser producida sin el recurso de la locura” con esta idea podríamos colegir la razón de por qué los espacios de exclusión y confinamiento hayan sido promotores de aquello que pretendían desaparecer: la alienación. Obviamente no solamente en estos espacios de confinamiento se producía la locura no solo estos espacios tienen la característica de anular las libertades mas elementales para los sujetos no siempre tales espacios totalitarios tienen muros materiales, sin embargo, el confinamiento es el lugar último a donde se recluye al loco.

Por último es importante aclarar que si bien no todos los personajes enviados a tales confinamientos se convertían en locos de ahí que fuera posible una diferenciación de los diferentes rostros que componían esas poblaciones, porque para ser loco se requiere de una cualidad especial para ello de una exclusión previa inaugural de la estructura psíquica, dicha exclusión da como resultado a la “estructura psicótica”. Freud (1990) señala respecto a estos pacientes que no son factibles de ser psicoanalizados dado que al no investir a los objetos no son proclives al psicoanálisis por no poderse establecer en ellos la “transferencia”, “Lacan (1984) por el contrario sostiene que esto si es posible dado que la transferencia no se sustenta en los sentimientos afectivos como vimos en el primer capítulo, sino que es un mecanismo dinámico que actúa al margen de estos y como veremos en el capítulo cuatro que la necesidad de mantener dicha transferencia hacia el analista es lo que le da cabida en primera instancia a que el Acompañante Terapéutico aparezca en escena y por ello es importante que conozcamos los pormenores que tal estructura psicótica plantea así como la forma en que opera ahí la “transferencia” y el papel del Acompañante terapéutico en dicha realidad. Esto lo abordaremos en el siguiente capítulo.

## **CAPITULO 3**

### **ACERCA DE LA PSICOSIS.**

#### **3.1 La Realidad Psicótica.**

El sujeto se estructura a partir de una mirada que lo delimita que lo contiene. En los casos de psicosis “la mirada no sostiene al ser” sino que ésta se torna en una mirada persecutoria que atrapa alienando al ser en una realidad alterna donde el espacio y el tiempo son eternos configurando realidades particularmente delirantes que al mismo tiempo que lo desconectan constituye un puente a la realidad formal de los otros, es ahí donde un otro con un interés genuino por saber tiende un lazo social quedando por momentos atrapado, confundido y muchas veces fascinado por aquella realidad particularmente delirante que lo toca que no le es ajena que ya no es tan particular y que llamamos locura.

La realidad humana nos dice Lacan es donde se anuda el deseo y el lenguaje (en Sol Aparicio 1992) el mundo de la palabra de donde el psicótico parece estar excluido su continente y su contenido están confundidos su yo no esta bien configurado asido apenas a un delirio que le provee cierta identidad como sujeto. Sí él “yo” no se constituyó deviene la psicosis, no hay sujeto no hay yo solo una existencia negativa (Benedetti 1996) en donde no sabemos quienes hablan y que historia se cuenta en esta realidad psicótica que se nos muestra.

El paciente psicótico cuenta con el lenguaje pero su uso es diferente (Sol Aparicio 1992) todo se lo toma de manera literal, el uso de la metáfora es reducido habrá que tener cuidado con lo que se le dice a éste paciente en tanto que escuchara los significantes de manera literal y tal vez se produzca un “acto”.

El paciente psicótico desconoce los limites que se instauran en el sujeto “normal” al no asumir el “nombre del padre” (idem) no hay barrera entre lo que se puede y lo que no se puede hacer. El internamiento se los impone de manera brusca y las mas de las veces por adiestramiento para evitarse consecuencias negativas, es en oportunidad de ser acompañado que su acompañante señalará, esto si puede ser, esto no. De ahí que muchas veces se considere al acompañante como un psiquiátrico ambulatorio.

Muchas veces el paciente psicótico se ve perseguido por ideas delirantes que de nada valdría decirle que no son ciertas puesto que para él ahí están además puede ser que tales ideas sean lo único con lo que cuenta para protegerse de una enajenación absoluta.

Asido a su delirio el paciente psicótico poco quiere saber del mundo que lo rodea donde al parecer no hay un espacio social que le dé cabida excluido de esa red de significantes plena de sentido donde nos encontramos quienes no somos psicóticos, diría Lacan, “el mundo de la palabra”, es que el tratamiento de la psicosis privilegia el significativo “acompañar” Benedetti lo señala al referirse al terapeuta del paciente esquizofrénico, lo cual hace aún más difícil diferenciar el lugar del analista y el de él acompañante. Desde el punto de vista de Benedetti el terapeuta acompaña, es testigo, de esa existencia negativa (Benedetti 1996) que vive de prestado del “yo” del terapeuta y en virtud de la cual podría abrirse a la posibilidad de entrar al mundo simbólico, es decir, de crearse un lugar social para sí. Desde el punto de vista del acompañamiento terapéutico, el acompañante es testigo del delirio que sumerge al paciente en un mundo a solas que al atestiguarlo se socializa y se crea un lazo social que posibilita la apertura de un lugar para el paciente. Un lazo social que tiene que ver tanto con el analista como con el psiquiatra y con el acompañante.

Mi sensación, como Acompañante terapéutico, al escuchar un delirio es de accesibilidad a un inconsciente colectivo. Como si ese quién delira fuera una ventana abierta al universo y justo por delirar se convierte en un alguien en la búsqueda de conjurar su alienamiento. Un alguien con un delirio propio que cuenta de su pertenencia al cosmos dado que su pertenencia al mundo está denegada, la exclusión es la característica principal, una vez los locos fueron navegantes luego relegados en espacios cerrados donde se pretendía ocultarlos desde el poder de la moral luego de la razón y ahora del saber, estar loco no es cosa de risa es algo que porta dolor es algo que se sufre donde también aparece el conflicto que no es solo en la violentación de los límites sociales y sus consecuencias sino en la inestabilidad del carácter y del ánimo. En condiciones de cierta normalidad podemos pensar y dilucidar entre el ser como individuo y el ser en su pertenencia al colectivo en condiciones de locura esto se sufre supongo que es porque instalados en el colectivo el ser individual se diluye se hace cada vez más incapturable asido a una tablita de salvación cada vez más frágil se llega a una dilución casi absoluta, esto es, se pierden los límites del continente posible como la gota de agua que al llegar al mar deja de serlo para pasar a formar parte de éste, sin embargo, hemos dicho que tal dilución es c a s i absoluta y ese c a s i es por donde la vida se abre paso apareciendo la pasión, es decir, el sufrimiento, el conflicto, se formula el delirio o los síntomas o las manías los recursos que el ser elabora para no diluirse y perderse para siempre buscando acceder a esa condición de sujeto con un continente y

un contenido. ¿Libre? Tal vez con el recurso de la locura como señala Max Gudillieri y como diría Nietzsche (2002) habrá que convertir la pasión en virtud, esto es lograr que el dolor, la angustia, la ansiedad se convierta en un interés genuino por vivir conjurando esa existencia negativa, cancelando facturas, develando esclavitudes, accediendo a la libertad.

### **3.2 La Estructura Psicótica**

Desde el punto de vista de Freud y de acuerdo a su teoría general de la libido donde la represión es el mecanismo estructurante de un “yo” que media entre la vida pulsional (ello) y el “súper yo” representante de lo que está prohibido culturalmente (Freud 1983) intenta incluir a la psicosis en este esquema al suponer que los sujetos afectados por neurosis narcisista (psicóticos) están fijados en una etapa primaria auto-erótica donde la represión falla para aquello que se prohíbe socialmente lo cual le es impuesto abruptamente en la realidad apareciendo las persecuciones delirantes que no son otra cosa que las mociones que en el neurótico han sido reprimidas dando origen a los síntomas que padece y no así en el psicótico el que en lugar de síntomas organiza un delirio que lo defiende de esas prohibiciones que lo persiguen como la prohibición del incesto, la moción homosexual etc. Así Freud explica la paranoia en el caso del presidente Schreber: “En el caso de la paranoia se conlleva una fijación en el narcisismo y que el retroceso desde la homosexualidad hasta el narcisismo indica el momento de la regresión característica de la paranoia”. (Freud 1990)

Lacan opina que en el origen no hay un “yo” configurado (Lacan 1984) por tanto no existe ese autoerotismo sino que la estructuración del sujeto falla desde el momento mismo en que no logra conformarse el “yo” del sujeto, confundido de inicio con el cuerpo de la madre está forcluido un significante básico para su estructuración el “significante del nombre del padre” –es decir- el sujeto nunca experimentó (por ello no vale hablar de represión o de rehusamiento) “la castración” la cual no es otra cosa que saberse otro frente a la madre lo cual ha de decir de Lacan de experimentarse ocurriría en un plano imaginario y define a este plano como “la relación con su propio cuerpo” lo cual significa que el sujeto necesita hacerse de una imagen de sí mismo para poder relacionarse consigo mismo y si no se produce esto entonces deviene la psicosis y con ella no hay lugar simbólico en el mundo para el sujeto, no hay un alguien definido a quien nombrar de alguna manera porque –por decirlo así- su imagen no está bien recortada del resto de la realidad aun se confunde con ésta por lo cual aquello que se



forcluyó reaparece en lo real y al no haber un “yo” que medie lo vuelve persecutorio lo cual es la piedra angular del delirio psicótico.

Así Lacan integra en la Teoría general de la libido a la psicosis a partir de tres sistemas de referencia: lo imaginario, lo simbólico y lo real.

Y nos dice: “Significa que en la relación entre lo imaginario y lo real y en la constitución del mundo que de ella resulta. Todo depende de la situación del sujeto. La situación del sujeto .... está caracterizada esencialmente por su lugar en el mundo simbólico ... en el mundo de la palabra. De ese lugar depende que el sujeto tenga derecho o no de llamarse Pedro”.

Esta explicación de Lacan abre la posibilidad de trabajar con pacientes psicóticos dado que para Freud esto no era posible al no existir la función de investir a los objetos y por ello no lograrse la transferencia ( Freud 1916-17) - es decir- el sujeto no transfiere afectos sobre la persona del analista. Para Lacan es cuestión de colocarse en posición tal frente al psicótico para que la palabra haga acto por efecto de la transferencia trayendo aquel significante que se forcluyó, así Lacan (1984) en su seminario 3 a través del caso expuesto por Rosin Lefort establece la distinción entre Neurosis y Psicosis donde se narra la historia de Roberto. Un niño autista que no tenía más lenguaje que dos palabras “el lobo” a las cuales se sujetaba pues en él no hubo la distinción de si mismo con respecto al resto del mundo –es decir- no se constituyó su yo y por ende no había registro de lo imaginario ni manera de posicionarse de un lugar en el mundo de la palabra. (Registro simbólico).

Lacan hace el siguiente análisis:

“A grandes rasgos el caso de Roberto lo podemos representar como un ser incapaz de efectuar ese clivaje necesario para constituir su yo ideal y el mundo externo, en tanto que para el no existe un continente delimitado se encuentra inmerso en un océano asido a lo que supone su salvavidas dos palabras: ¡el lobo! ¡el lobo!. Al respecto dice Lacan el yo es aquí completamente caótico, la palabra está detenida, pero solo a partir de: ¡el lobo! “Podía ocupar un lugar y constituirse” Con ello entendemos que no existe función imaginaria no se constituye un yo ideal diferenciado del mundo externo sino que solo logra asirse de un lugar mítico (función simbólica, no delimitada sino en un plano mítico general) desde donde no puede obtener su imagen ideal de completud; solamente una figura feroz simbolizada por ¡el lobo!. Que a la vez era su madre, (quien le hacia daño) y por otro era el mismo pero de tal manera caótico y confuso que no era el ni ningún otro al comienzo.

Sin embargo a través de la narración de R.L. (prosigue Lacan) vemos como en algún momento ¡el lobo! hace la representación que Roberto tenía de sí mismo, posteriormente y a través de la transferencia con la terapeuta el lobo sale de él y se instala en ella hasta que finalmente desaparece de la vida anímica de Roberto y él puede iniciar su reconstrucción. Proveyéndose de la función imaginaria donde sus fantasmas ya no eran realidad” (fin de la cita).

Un “yo” caótico, la imposibilidad de diferenciarse cabalmente del mundo exterior y un delirio al cual asirse serían los tres aspectos relevantes que le dan un carácter específico al tratamiento de las psicosis, la transferencia opera a partir de estos de ahí la necesidad de que el terapeuta se ofrezca como un “yo” en préstamo como si el paciente psicótico no pudiera desligarse espacio- temporalmente de la imagen de su semejante de ahí que Benedetti acuñe el concepto de “existencia negativa” puesto que el paciente psicótico no puede existir sin este referente permanente que al mismo tiempo que lo provee de un continente y le refleja un contenido lo hace depender de su persona, el reto a partir de ahí es conjurar esa dependencia en virtud del mecanismo de la transferencia. Es este el hilo conductor de la cura para el paciente psicótico lo que ha hecho que se abra un lugar al Acompañante como un recurso terapéutico, sin duda, el mecanismo de la transferencia es lo que ha hecho necesaria su aparición en el escenario de la locura dada la dificultad que existe de mantener dicha transferencia hasta que el tratamiento clínico tenga frutos, simplemente hacer que el paciente psicótico acuda al consultorio del psicoanalista o al del psiquiatra no es nada fácil y por eso algunos de ellos prefieren ir a donde se encuentran reclusos tales paciente, otros, reconociendo lo que la reclusión provoca han preferido auxiliarse con la figura denominada Acompañante Terapéutico y del cual hablaremos a continuación refiriéndonos tanto a las funciones que se han ido derivado de su que- hacer, así como a la importancia que ha ido cobrando en el tratamiento clínico de la psicosis.

## CAPITULO 4

### EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

#### 4.1 Origen

El acompañamiento terapéutico va adquiriendo su forma a partir del desarrollo conceptual respecto a la salud mental que se origina en los hospitales de día creados en el ámbito mundial a finales de la segunda guerra mundial y en la Argentina país donde se ha desarrollado enfáticamente el acompañamiento terapéutico ha tenido un gran auge a partir de la década de los 60's. (Rossi y Pulice 1994)

Habría que mencionar que tanto en ese país como en México se da un gran auge de la anti-psiquiatría lo que hace sumamente atractivo el recurso del acompañamiento terapéutico dado que éste se presenta como una posible alternativa distinta al internamiento y en muchos casos a la medicación, sin embargo como veremos más adelante el acompañamiento terapéutico se puede desarrollar en situaciones de internamiento y no sustituye en ningún caso la necesidad o no de medicación.

El Dr. Juan Carlos Stagnero (En Rossi y Pulice 1994) señala que el acompañamiento terapéutico surge en la década de los 70's. con la noción de amigo calificado que utiliza Eduardo Kalina en la Argentina y que el mismo sin usar esta noción utiliza auxiliares que hacen un trabajo muy cercano al que ahora se conoce como acompañante terapéutico (A.T.) cuyo surgimiento responde a una necesidad de los psiquiatras de llenar ciertas lagunas que aparecen en el trabajo clínico y que las razones para utilizarlo son muy variadas como el evitar la internación, reducir costos al tratamiento, evitar recaídas y en condiciones de internamiento en funciones de animación, lo mismo en el transito de la hospitalización al trabajo ambulatorio y cuando existen riesgos de cronificación.

En México el acompañamiento terapéutico se desarrolla de principio básicamente en instituciones llamadas casas de medio camino o comunidades terapéuticas, en términos generales estos lugares son dirigidos por un medico psiquiatra y ocupan personal de enfermería para la atención y cuidado de los pacientes así como psicólogos como acompañantes terapéuticos cuya ocupación principal es la del entretenimiento y

esparcimiento de los pacientes. Aquí el trabajo del A.T. no es bien pagado se recurre con frecuencia a pasantes de la carrera que quieran hacer su servicio social. En suma el trabajo de acompañamiento en estos lugares no es prioritario y tiene poca incidencia en el tratamiento del paciente.

Uno de los psicoanalistas que más han utilizado este recurso en México y fuera de las instituciones mencionadas es el Dr. Alberto Montoya (1997) quién clasifica a los pacientes psicóticos de acuerdo con su gravedad y ha decir de él es precisamente esto lo que determina el abordaje clínico, de tal suerte que de acuerdo a su experiencia con pacientes psicóticos hace la siguiente clasificación:

Caso 1; Pacientes psicóticos con suficientes recursos de simbolización.

Caso 2; Pacientes psicóticos que requieren de un medico psiquiatra que los estabilice los saque de un estado agudo y los ponga en condiciones de análisis lo cual requeriría un abordaje en equipo conformado por el psiquiatra y el psicoanalista.

Caso 3; Pacientes psicóticos graves, crónicos o agudos que vienen saliendo de una hospitalización. Aquí recomienda de acuerdo con la singularidad del caso la participación de un A.T. quién sería un tercer elemento en el equipo tratante.

Caso 4; Paciente psicótico en mayor riesgo que el anterior por lo que además de tratársele en equipo, psiquiatra, psicoanalista y AT. estaría en condiciones de hospitalización.

Como podemos observar la intervención del AT. La propone en los casos de mayor gravedad y además señala la dificultad que en México ha existido para que los psiquiatras y los psicoanalistas trabajen juntos y yo señalaría que la inclusión del o los acompañantes terapéuticos también plantea dificultades que muestran lo difícil que es el trabajo en equipo lo cual es justamente el interés a plantear en la presente tesis la necesidad de ir en la búsqueda del trabajo en libertad si pretendemos ir más allá de la estabilización del paciente como claramente lo señala el Dr. Montoya, a lo que yo agregaría si pretendemos convocar al paciente como a un sujeto que pueda aspirar a vivir en libertad lo que ha de ser claro es que a ningún paciente por grave que este puede negársele esa posibilidad.

En el trabajo de equipo pretendido se generan como podremos ir viendo más adelante muchas situaciones de sujeción, de posesión, de sometimiento, de poder, lo cual puede ser contrario a la pretendida búsqueda de curación para el paciente sea esta su estabilización o ir mas allá de ello.

Por ahora y para continuar diremos que el acompañamiento terapéutico se utiliza cada vez más en México aunque se originó en Argentina y tenemos noticia de que en algunos países de Europa existen profesionales que conocidos con algún otro nombre hacen trabajo similar al que hace en México el A.T.

Concretamente en Francia en el hospital de Sainte-Anné existe un centro de acogimiento para pacientes mentales donde también se hace un trabajo apoyado en profesionales denominados “referentes” además de la atención psiquiátrica y psicoanalítica.

Estos “referentes” prestan un servicio semejante al de los A.T. y a decir del Dr. Montoya en España existe algo similar lo cual desde su criterio en ambos países los equipos de trabajo crean redes dirigidas a la protección del paciente pero sin incluir adecuadamente al psicoanálisis al haber poco diálogo con él psicoanalista lo cual no permite conocer las particularidades del paciente he ir mas allá de la estabilización.

En su opinión el estar en constante diálogo con el psicoanalista daría esa posibilidad, sin embargo habría que ver si se trata de articular de alguna manera las diferentes miradas que sobre un mismo paciente hay y estructurar desde ahí una estrategia de trabajo o se trata mas bien del ejercicio de poder de quien asume que tiene el caso en sus manos que podría ser el analista o en algunos casos el psiquiatra, finalmente sea lo que sea que se decida y por quién, el trabajo fuerte de contención es depositado en manos del A.T. para quién a su vez la toma de decisiones ya en el trabajo concreto está enfáticamente limitada y muchas veces sojuzgada desde el examen que elabora fuera de contexto el resto del equipo terapéutico. Podemos decir que si las cosas van bien para el paciente se debe al excelente trabajo del psicoanalista y si van mal es que El A.T. se excedió o hizo mal algo. También el psiquiatra podría colocarse como responsable, o aún más, podrían estarse culpando mutuamente y el paciente nuevamente perdido en el caos. Regresaremos a esto en el último capítulo de conclusiones.

Por ahora volvamos al punto respecto a: ¿qué es lo que define el “que-hacer” del A.T.? Además de la noción de amigo calificado otros autores, como veremos, le han asignado la función de “testigo” del delirio del paciente, también se ha dicho que le presta él yo al paciente, en lo que todos coinciden es en que asume funciones de contención y autores franceses como Davoine y Jean Max G. Han dicho que funciona como lazo social, ahora iremos viendo cada una de estas nociones que demarcan el funcionamiento del A.T. cada función se prioriza de acuerdo al diseño de una estrategia y a la dirección de la cura que el responsable del caso, sea éste el psicoanalista, o bien,

el psiquiatra suponga para el paciente el A.T. puede ser convocado, ya sea, por el psiquiatra o bien por el psicoanalista y muchas veces por una institución lo cual trae consigo diferentes maneras de colocarse y de funcionar para el A.T. así como las dificultades que tendrá que sortear.

Por ejemplo cuando el acompañante es convocado para participar en la atención de un caso desde un diseño de equipo no pueden dejarse de lado las dificultades que entraña el trabajar con un grupo de profesionales cuyas miradas sobre el mismo caso son distintas por abordarlo desde las diferentes disciplinas y a las cuales hace referencia el Dr. Esteban Pickiewicz. (En Rossi y Pulice 1994) aquí la pregunta que se plantea es como articular estas distintas miradas y hacerlas confluir en una misma dirección de la cura y que al parecer es el planteamiento del Dr. Montoya.

No solo el problema se plantea por la forma que tiene la psiquiatría y el psicoanálisis de

abordar a un mismo paciente sino también por los lugares distintos desde donde se hace tal lectura, es decir, cada uno de los profesionales esta colocado en un lugar distinto aunque como veremos tales lugares se prestan a confusión y a juegos de poder donde la dirección de la cura se convierte en una disputa por el paciente lo cual a veces funciona en su beneficio y otras solo reproduce una lógica de anulación.

Existen diferencias claras en cuanto a la manera de abordar al paciente desde los lugares distintos de los profesionales que le atienden así como en cuanto al tiempo y el lugar físico donde se encuentran.

El tiempo que le dedica el psiquiatra es distinto al tiempo que le dedica el psicoanalista y el tiempo que esta con él A.T. es diferente también, así como los lugares físicos donde se encuentran, podemos decir que el A.T. tiene mayor cotidianidad con el paciente y que el psicoanalista es quién esta a cargo del trabajo clínico propiamente dicho y que el psiquiatra mantiene el control de la medicación del paciente, pero ¿como se desarrolla esto realmente? ¿cómo se toman las decisiones en función del tratamiento y como se interpela la palabra del paciente? encontraremos las respuestas en el siguiente capítulo.

#### **4.2 Funciones y el lugar del Acompañante Terapéutico.**

Antes de retomar las funciones que se le han ido asignando al A.T. quisiera mencionar una frase que llamo mi atención en los pocos escritos que hay acerca del tema: “ahí donde el psicoanalista o el psiquiatra no saben que hacer se incluye a un A.T.” (idem)

De principio y a partir de las necesidades de una institución o de un psiquiatra o de un psicoanalista se pensó en la inclusión de un A.T. ante las dificultades de contención de un paciente o cuando no se sabía bien a bien que hacer se recurría al A.T. de la misma manera que en algunos casos ante una situación incontrolable se recurrió a la camisa de fuerza farmacológica depositando en el acompañante toda la responsabilidad de contener al paciente pero al mismo tiempo pidiéndole que no asumiera el papel de cuidador o de enfermero lo cual resulta sumamente complicado puesto que hay que hacer un seguimiento cuerpo a cuerpo para evitar que se haga daño o lo provoque en los otros, esta circunstancia algunos autores la han calificado de condiciones de trabajo terroristas para el A.T. ( idem ).

Por ello se pensó que el acompañante debía ser un profesional de la escucha que contuviera sin perseguir y sin resultar invasivo, por ello, al menos en la experiencia que yo tengo donde el A.T. es pensado como una intervención clínica del analista se recurre a psicólogos o pasantes en psicología que además deben estar en análisis con lo que se espera garantizar un desempeño óptimo respecto a que hacer y que no hacer en un momento determinado al acompañar a un paciente esto aunado a que la responsabilidad se comparte con todo un equipo de trabajo que proporcione la medicación adecuada, un espacio analítico y el diseño de una estrategia donde se verá la pertinencia de que el paciente este en casa con su familia o bien internado en una clínica, viva solo, o se utilicen los servicios de un hospital de día etc. Con todo el problema no esta resuelto como veremos más adelante.

También al inicio se pensó que el A.T. podría llegar con una serie de actividades definidas a priori de acuerdo a la problemática que estuviera presentando el paciente como por ejemplo que se aseara, que atendiera sus deberes que saliera a la calle que asistiera con su psicoanalista o su psiquiatra etc. Sin embargo esto no funcionó así, el negativismo de algunos pacientes se siguió manteniendo a pesar de la presencia del acompañante, de hecho no solo había rechazo para las indicaciones del A.T. sino muchas veces también para su presencia. Esto iremos aclarándolo y desarrollándolo a continuación.

El DR. J. Morzeszowicz. (idem) nos ofrece un listado de nueve funciones del A.T.

- 1) Prestarle él yo al paciente en su que-hacer cotidiano.
- 2) Representar al terapeuta en lo cotidiano.
- 3) Contenedor.
- 4) Informante del terapeuta.
- 5) Activo agente re-socializador.
- 6) Modelo de interrelación no patógena.
- 7) Portador de límites.
- 8) Administrador de los medicamentos.
- 9) Articulador con el entorno.

Stagnero señala como función básica del A.T. la de “auxiliar yoico” además la de contención y la de su papel como mediador con el entorno.

Montoya menciona las siguientes funciones:

- a) Cuidar el cuerpo del paciente.
- b) Contener.
- c) Escuchar sin interpretar.
- d) Crear lazos afectivos, por lo cual, existiría una relativa amistad.
- e) Poner límites a la locura familiar y del paciente.

Como podemos observar tales funciones tienen que ver con las dificultades que los terapeutas sean psiquiatras o psicoanalistas han ido encontrando con algunos de sus pacientes, dificultades de contención y de sostenimiento de la transferencia. Esto ha hecho que se recurra al A.T. para llenar esos vacíos inmanejables en los casos que no han sido suficientes las sesiones de 45 a 60 minutos para proseguir un análisis lo que se ha visto es que hay que garantizar la presencia del psicoanalista aun después de la sesión por lo que el A.T. aunque no se le pida que cubra ciertos objetivos específicos sí llega con un encargo prescrito a trabajar con el paciente, tal encargo es como señala el DR. J. Morzeszowicz, “ser representante del psicoanalista” y no es cualesquier representación sino que sostenga la transferencia pero que no usurpe su lugar además que haga las veces de amigo pero que éste sea calificado, que sea testigo del delirio pero que no interprete, que contenga pero que no haga las veces de cuidador, que no persiga, que preste su yo pero que no anule al paciente, que sirva de lazo social pero que no haga intervenciones.



Analizaremos a continuación cada uno de estos encargos considerando las dificultades que traen consigo y agregaremos un elemento más, el juego de poder además a través de su análisis intentaremos ir bosquejando el lugar de A.T.

#### **4.2.1 El A.T. como representante del terapeuta en un diseño de trabajo de equipo.**

Hemos dicho ya que el A.T. entra en escena a petición de un psiquiatra o un psicoanalista o bien una institución, también haremos explícito que los pacientes que se consideran proclives al A.T. son los denominados psicóticos aunque no todos como pudimos darnos cuenta a través de la clasificación que hace el Dr. Montoya de tales pacientes. Agregaré que a partir de mi experiencia puedo pensar que el A.T podría manejarse también con algunos pacientes no considerados psicóticos lo cual será otra de las tesis que intentare sostener.

Por lo pronto veamos que como lo habíamos mencionado ya se piensa con relación a los pacientes psicóticos que la transferencia surge por parte del analista en primera instancia y no del paciente como podría ser en los casos de neurosis, mantener esta transferencia suele ser difícil y muchas veces imposibles a través de un encuadre clásico por ello se pensó en el acompañante terapéutico como un recurso clínico que ayude a mantener la transferencia, esto es, que haya una persona que pase un tiempo más largo con el paciente desarrollando diversas funciones que ya mencionamos antes en una suerte de embajador del psicoanalista lo cual resulta sumamente complicado a la hora de diferenciar los lugares (idem), se le pide al acompañante para cuidar este aspecto que escuche al paciente pero sin interpretarlo como si la intención del psicoanalista al decir algo en la sesión fuera lo que le diera esa cualidad a lo dicho, a veces no ocurre así, no siempre el decir del psicoanalista deviene en interpretación además tendríamos que abordar primero el tema de si el paciente en cuestión es proclive a las interpretaciones lo cual hace todavía más complejo sí el interpretar o escuchar sin hacerlo hace la diferencia entre el lugar del psicoanalista y el acompañante, también se considera hablando de casos de psicosis que el análisis clásico no es conveniente en tanto que las interpretaciones al no haber manejo de lo simbólico( Sol Aparicio 1992) pueden ser escuchadas desde lo real que es persecutorio y sumamente psicotizante por lo que el psicoanálisis con psicóticos es un trabajo al revés que con los neuróticos, es decir, no se trata de traer lo reprimido a través de la palabra en estos casos en que el inconsciente está a flor de piel (Davoine F.). Stagnero también señala que el rol del A.T. no está

definido porque tiene una manera “sui generis” de acercarse a la locura diferente a la del terapeuta en tanto que el manejo de la transferencia es distinto porque el terapeuta trabaja desde la transferencia y el A.T. solo la toma en cuenta al responder...(?;?;?;?;?;?;?). Por un lado Stagnero no nos resuelve nada y si atendemos a este difícil manejo de los pacientes psicóticos no podríamos hallar la diferencia de cómo escucha el psicoanalista y como deberá hacerlo el AT. y cual es la diferencia entre trabajar “desde la transferencia” o “tomarla solo en cuenta” me supongo que la idea de transferencia en acto, es decir, cuando se produce un cambio en el psiquismo del paciente sería trabajar “desde” y el derecho pleno a ello se le otorga al psicoanalista, mientras que tomarla en cuenta significaría saber que se tiene cierta influencia sobre el paciente lo cual requiere manejarse con la ética apropiada. Sin embargo me parece que si la transferencia se hace “efectiva” o no, no depende del acompañante ni del psicoanalista sino del momento en que se encuentre el paciente el cual puede o no ser proclive a que ocurra un cambio psíquico.

Carlos Benedetti, (1996) nos confunde aun más cuando en su excelente exposición, sobre el abordaje terapéutico a pacientes esquizofrénicos propone “La implicación terapéutica no plantea terapeutizar al psicótico sino acompañarlo en esa “existencia negativa” para generar con el un camino de reintegración””. Como vemos Benedetti utiliza el termino acompañar en el lugar del terapeuta.

Jean Max Gaudilliere (J.M.G.) (1999) habla de que en el psicoanálisis con pacientes psicóticos se trata más bien de rescatar los espacios recortados en la vida del paciente en virtud de la transferencia lo cual da una noción dinámica del trabajo con estos pacientes dado que tales recortes al hacer “clic” con algo de nuestra propia historia posibilita la fabricación de un significante de uso social, apunta Davoine para lo cual la locura es un instrumento cuya función es producir la libertad agrega J.M.G.

Encontramos esta cualidad en el desarrollo del trabajo del acompañante terapéutico como lo podemos observar en el siguiente ejemplo.

Israel no esta etiquetado como paciente psicótico pero que su locura la podemos ubicar como el consumir drogas (marihuana y alcohol) al principio de manera placentera hasta que lo único que le producían era angustia extrema, ansiedad incontrolable y paranoia.

Después de un año más o menos de tratamiento siendo yo era una de sus acompañantes teníamos como principal actividad oír música, él era bastante callado y melancólico así que respetando su silencio solo escuchábamos música de rock principalmente. Esta vez sonaba en su aparato de sonido una rola de pink floyd, ambos

sentados en la alfombra, de repente la música pareció abre-accionar algo él empieza a hablar sobre sus estados de animo con un lenguaje metafórico dirá que se siente como un anciano (él tiene 26 años entonces) con un peso enorme sobre la espalda que no puede mirar nada más que ha ese anciano sentado con la cabeza gacha sin poder mirar a su alrededor. Sus palabras me impactan, se me hace un hueco en el estomago, cuando Israel guarda silencio le hablo de las sensaciones corporales que me produce la música y lo que él dice. Dolor en la boca del estomago, insuficiencia respiratoria etc. Cuando callo él continua hablando de la opacidad del entorno del mirar solo para adentro, de sentir las sensaciones que acabo de describir. Al final surge en él la pregunta, ¿de qué se trata el vivir? Remito esa pregunta al espacio de su psicoanálisis y en mi caso al de mi propio análisis, llevándome a casa la sensación de que esa tarde escuchando a pink floyd algo se construyó entre ambos lo cual me hizo preguntarme sobre el lugar del psicoanalista y el mío.

Otro ejemplo es con mi primer acompañado él sí considerado ampliamente como psicótico le acompañaba en su habitación y de repente caminaba de un lado para otro sin parar denotando mucha ansiedad y sin decirme nada después de un rato le propongo Ben quieres salir a caminar se para en seco se me queda mirando y asiente con la cabeza como si el significante “CAMINAR” no estuviera antes en su vocabulario yo sé que sí lo estaba pero no anudado a la acción de ese momento.

Mas adelante conoceremos mayor información sobre estos pacientes pero por ahora solo quiero ejemplificar algo que ocurre con mucha frecuencia y que es que el A.T. pone palabras ahí donde no las hay lo cual hace confuso diferenciar su lugar respecto al del psicoanalista.

Como su embajador diré que lo que se inicia con el acompañante y que podemos nombrar como creación de un pre-significante puede encontrar un decurso en el espacio del psicoanálisis que en otras palabras es que lo que empieza durante el acompañamiento puede ser llevado hasta sus últimas consecuencias con el psicoanalista lo cual nos hablaría de una diferencia cualitativa en cuanto a la transferencia como acto aquella transferencia efectiva de la que habla Lacan, (1984) (“La transferencia eficaz de la que hablamos es, simplemente en su esencia, el acto de la palabra. Cada vez que un hombre habla a otro de modo auténtico y pleno hay, en el sentido propio del término transferencia, transferencia simbólica: algo sucede que cambia la naturaleza de los dos seres que están presentes”) pero no si la entendemos como estado de cosas idea que subyace al denominar al acompañante como “embajador del psicoanalista” lo cual

puede entenderse como que asuma la tarea de mantener la relación con el psicoanalista que lo lleve a su sesión de análisis en cada cita y con quien el paciente se relaciona de una manera similar a la que logra hacerlo con otras personas de su entorno y con quienes cíclicamente la norma es el conflicto, con el acompañante también surge el conflicto aunque el acompañante no repita los vicios que se dan en sus otras relaciones y esto da la oportunidad de trabajar terapéuticamente sobre de ese conflicto.

Volveremos a ello a lo largo de este capítulo.

#### **4.2.2 El A.T. como amigo calificado.**

Uno de los primeros conceptos que escuche al inicio de mi incursión como A.T. para definir el funcionamiento del acompañante terapéutico fue el de "AMIGO CALIFICADO". La pregunta que me surgió de inmediato fue si algo del orden de la amistad aparece en el acompañamiento terapéutico y si es así cual es la calificación pertinente que hace la diferencia con un amigo a secas tal pregunta me la respondió una paciente quién se hacía la misma pregunta.

ALBA, esta paciente tuvo una crisis una noche en la cual sintió que simplemente no podía estar sola, por lo avanzada de la noche era difícil que yo u otra de sus acompañantes (3 en total) nos trasladáramos a su domicilio por lo que ella acudió a una amiga a quién llamaremos no calificada, tal amiga vivía muy cerca del departamento de Alba la recibió en su casa hacia la media noche, le ofreció café, la escuchó por horas hasta que Alba logró tranquilizarse. Días después esta amiga no calificada le llamó por teléfono pidiéndole que la escuche por que estaba pasando por un mal momento, Alba se disculpa y se niega, al contármelo dirá lo siguiente: "yo no estoy para escuchar problemas ya tengo suficientes con los míos prefiero pagarte a ti para que me acompañes y no que después tenga que pagar el favor de otra manera". Curiosamente Alba nos cuestionaba por la legitimidad de los acompañamientos desde que estos le fueron indicados ella decía ¿qué clase de compañía es esa que me cuesta dinero? ahora ella misma daba respuesta a tal cuestión. Fue una etapa bastante larga con Alba en que nuestros encuentros eran tamizados por este cuestionamiento, ella se preguntaba si acaso había afecto en sus acompañantes por ella, si lo había por qué pagarlo con dinero, si no, el término acompañamiento no le parecía genuino. Yo misma llegué a cuestionármelo, estar con ella tres días a la semana por cuatro o cinco horas cada vez y donde yo aprendía escuchando cosas de interés y donde yo me estremecía ante su dolor o su ira por lo que le pasaba viviendo momentos angustiantes pensando que aquello no

cedería nunca ante mi callada escucha finalmente ¿quién era yo? para que mi presencia le otorgara consuelo apenas atinaba a decirle de vez en vez “Alba eso debe hacerte sentir muy mal” y cuando yo mas angustiada estaba ella se calmaba, algo de lo que le pasaba me había tocado conmovido realmente y cuando yo lo notaba me tranquilizaba saber que mi presencia había servido para algo aunque mañana se reeditara lo mismo. De regreso a casa mi sensación era de que mi trabajo servía para algo y entonces me preguntaba el acompañamiento había sido terapéutico ¿para quién?. Además no siempre ha sido así ha habido etapas en que solamente nos divertíamos, ella sabe de cine, de teatro y me enseña a apreciarlo entonces se producía mas dialogo.

Agregare otro elemento al asunto de la amistad calificada y es con respecto a la trama que se reproduce y que hacen que las relaciones de los pacientes se hagan difíciles o imposibles aquí el asunto es como conjurar esas formas de relación para que el acompañamiento subsista, considero que es a esto a lo que se refiere el Dr. Morzeszowicz. En la sexta función planteada “modelo de interrelación no patógena “ elemento que da justamente un criterio de calificación al tipo de amistad que porta el A.T. en el caso de Alba ella genera tal violencia que la gente termina abandonándola, grita, insulta es intolerante, se justifica diciendo que para que le hagan caso necesita gritonearle a la gente y maltratarla, al principio de los acompañamientos ella solía gritar mucho y fuerte aduciendo cosas como el hecho de que no estábamos siempre dispuestas a su alcance y en la medida de sus necesidades también le eran intolerables las llegadas tarde, el contener su ira sin salir corriendo, es decir no abandonarla fue lo más difícil para mis compañeras y para mí y sobre todo no legitimar esta forma de relación sin confrontarla sino ofreciendo otra serie de alternativas lo cual después de un tiempo le fue dando mayor forma al acompañamiento, cuando ella decía gritando fuera de sí “es que en donde están cuando las necesito les llamo y no están y yo que hago ¿me tiro por el balcón? ¡acaso eso les importa! ¡no claro que no! si en este mundo nadie le importa a nadie solo a mi se me ocurre que ustedes me pueden ayudar y al estúpido de mi psicoanalista que no entiende nada de nada, etc., etc., etc. Todo esto dicho ante la mirada calma de la acompañante sin azoro ni miedo ni reproche, tal vez molestia, seriedad y mucha calma y en el momento oportuno una respuesta que no justifique su escena pero que tampoco la repruebe, una respuesta mas o menos del siguiente tipo vendría bien. “Entiendo que te sientas muy mal Alba para evitarlo que te parece si prevemos estas situaciones y acordamos con anticipación el acompañamiento” (Como una forma de decirle que no podemos estar las 24 hrs. a su disposición)

Claro que lo anterior es solo un ejemplo de lo que es un pequeño intervalo de una situación que duraba casi todo el acompañamiento y que la paciente aceptaba a regañadientes la propuesta formulada por la acompañante pero lo importante es dar una alternativa de solución que la estructure no el evitar su enojo. Para ello ciertamente creo que se necesitan recursos por parte del acompañante como el de asumir errores aceptar limitaciones a su propio desempeño y poder plantear una estrategia de solución sin asumirse incondicionalmente al servicio del paciente, esto último me recuerda que para ser acompañante terapéutico es requisito estar en análisis lo cual abre otra cuestión que también ha ocupado el interés de quienes recurren al acompañamiento como recurso clínico y esto es ¿que tipo de personas está calificadas para trabajar en esto? ¿solamente psicólogos, otros profesionales, quienes sí y quienes no?. El Dr. Montoya ponía el énfasis en que se estuviera en análisis y no necesariamente en que fueran psicólogos yo personalmente conocí acompañantes de otras profesiones aunque la mayoría si provenían de la licenciatura en psicología.

#### **4.2.3 El A.T. como lazo social.**

Decía que en mi experiencia el acompañamiento terapéutico es pensado como una intervención clínica del psicoanalista y que el primer problema al que nos enfrentamos como acompañantes es ¿cómo relacionarnos con el paciente? una posible respuesta ante esto es interesarnos desde un inicio en el mundo del paciente puesto que poco o nada podría hacerse con este si no logramos significarle una presencia y no sirve de nada si llegamos a dictarle indicaciones como por ejemplo pedirle que socialice sino que tendremos que encontrar la manera de romper en acto su aislamiento logrando comunicarnos con el y restableciendo el lazo social ¿cómo hacer esto? Depende de muchas cosas de hecho no existe una sola manera de hacerlo sin embargo yo diría que lo primero que se necesita para lograrlo es el interés del acompañante por saber de aquella persona que identificamos como paciente lo que sigue es inventar una forma de relación que permita que el paciente comparta su mundo con el acompañante y que este le crea lo que dice, no se necesita fingir que le creemos no necesitamos inventar que también percibimos lo mismo solamente creerle realmente si dice que ve, oye o siente tal o cual cosa es que es real aunque para nosotros eso no exista.

Sandibel una paciente adolescente cuyo delirio consistía en creer que en el mundo existían los “aliens” que ella misma era un “alien” me pregunta en uno de mis acompañamientos que tengo con ella ¿oye tus hijas son aliens? a lo que contesto “no

que yo sepa” “igual y si son” (replica ella) “y no lo sabes” -tal vez- -no lo sé- le respondo para no confrontarla, dicho esto ella me dirá “si lo son y un día te lo dicen” por favor creéles.

Había tal suplica y tal énfasis en esta petición que no me quedaba ninguna duda de lo importante que era para ella la credibilidad respecto a la veracidad de lo que le dictaba su delirio.

Con lo anterior llegamos a una función fundamental que también se le ha asignado al acompañante terapéutico y que se articula con un significativo privilegiado por Françoise Davoine en cuanto al tratamiento con pacientes psicóticos aunque ella habla más bien de locura, termino que resulta más conveniente porque ahí se pueden incluir casos de adicciones y de riesgo suicida que han sido los caso en los que más he participado como acompañante además de algunos de claras esquizofrenias. El tema planteado por Davoine es “Locura y Lazo Social”( 1999) tema correspondiente a este apartado con relación al A.T.

Esta ha sido en mi concepto la designación más importante que le han dado al acompañante dado que una de las características que observamos en los pacientes locos o afectados por algún tipo de psicosis es el aislamiento, el no querer hablar con nadie, aquí el acompañante llega con el objetivo expreso de restablecer ese vínculo primero con el mismo y luego promover su restablecimiento con los otros los que de manera cotidiana habitan alrededor del paciente, esto es, sus familiares y con aquellos que comparten este mismo objetivo, es decir, su equipo tratante. Aquí es importante señalar que una de las ideas básicas que escuche cuando empecé a trabajar como acompañante y que me han servido de guía a lo largo de estos últimos años fue con respecto al objetivo común de un equipo tratante en la búsqueda de un re-ordenamiento en la forma de relacionarse la familia del paciente entre sí y con el paciente mismo, esto se lo escuché al Dr. Juan Carlos Pla en uno de sus seminarios sobre psicosis la idea me resultó sumamente sugerente en tanto que parte del supuesto de que la locura no es asunto del paciente en particular sino que es el encargado de mostrar y de decir lo que a la familia le pasa, es decir, el portavoz de la locura familiar. Esta idea implica una manera de ver al paciente y también una manera de entender el que- hacer del acompañante terapéutico en su función de lazo social.

Cuando llegamos por primera vez a acompañar a un paciente puede ser usual que nos sintamos motivados a aislar al paciente de su entorno al notar que sus relaciones con sus familiares le resultan invasivas o definitivamente catastróficas sin tomarnos la molestia

de tratar de entender que es lo que esta pasando ahí, esto puede estar bien en momentos en que lo único que podemos conseguir es que la situación se mantenga en el caos tanto para el paciente como para su familia, sin embargo, habrá momentos en que la convivencia cotidiana con el paciente nos den elementos para intervenir en el re-ordenamiento buscado y que permitan que el paciente restablezca el lazo social familiar. Ahora bien antes o después según el caso a tratar el acompañante también puede promover que el paciente establezca lazos sociales hacia afuera de su entorno familiar lo cual implica que el acompañante en su función de lazo social es sumamente amplia y que contribuye a la consecución de un objetivo clave en la dirección de la cura para el paciente, es decir al re-ordenamiento familiar lo que desde mi punto de vista es a lo que se refiere el Dr. Montoya en el inciso (e) de las funciones que él propone “poner un limite a la locura del paciente y de su familia”.

En este punto sin embargo surge un sinnúmero de problemas en tanto que el acompañante terapéutico colocado ahí en un contexto familiar y como una intervención del analista tiene por decreto no ir más allá que como acompañante del paciente en cuestión lo cual hace sumamente difíciles sus relaciones con los demás integrantes de la familia quienes en un intento de seguir excluyendo al paciente le plantean diferentes demandas al acompañante a las cuales deberá responder sin hacerse cómplice de este mecanismo de exclusión que de hacerlo lo descolocaría de su lugar de acompañante, la demanda más frecuente es la escucha y la forma de responder a ello tendrá que ver con un mecanismo de apertura de un espacio social para el paciente ¿cómo hacerlo? todo depende de la situación y de las características del caso. Por ejemplo cuando llegue a trabajar con Ben, quién más trataba de acaparar mi atención era su padre y por razones que desconozco la madre se sentía obligada a acercarse en estas conversaciones. Ben toleraba algunos minutos estar ahí luego se impacientaba y se alejaba. Lo primero que pude observar en estas escenas es que el padre no era escuchado nunca que la madre siempre descalificaba al padre y que Ben se quedaba atrapado en esta tensión generada por el grito angustioso de su padre de ser escuchado y la inexorabilidad de la madre. Su recurso era escapar y yo su acompañante era convocada a darle la razón a alguno de los padres en cuanto a un tema: lo que le ocurría a Ben. Yo optaba por no darle la razón a ninguno de los dos y respondía con la siguiente frase: “habrá que preguntarle a Ben el que opina o el que quiere”. En mi fantasía con esta frase le daba un lugar a Ben un lugar a su palabra y respecto a no darle la razón a ninguno de los padres no tenía ningún problema puesto que ambos o ninguno la tenían y mi papel no era el de legisladora.



Cuando Ben escapaba yo terminaba lo mas amablemente la conversación e iba con él lo cual era sumamente difícil y a veces me demoraba algunos minutos lo cual me permitió darme cuenta que Ben obtenía una ganancia en esa situación, pues parecía dejarme en su lugar –es decir- atrapada en el medio de sus padres y mientras tanto él iba, venía, subía, bajaba, respirando sin dificultad y con el semblante más tranquilo que le conocí parecía ocupar en esos momentos otro lugar o tal vez realmente un lugar.

Claro que no en todos los casos ocurría así. Al acompañar a Israel quién vivía solo con su padre, cuando éste me acaparaba hablándome Israel realmente se molestaba y muchas veces me hizo el reclamo específico “si quieres ven a acompañar a mi papá”. En este caso yo sentía una gran necesidad de Israel por negarle toda posibilidad de lugar a su padre y a su palabra de una manera pasiva pero igualmente violenta que la que usaba su padre al descalificar toda actitud de su hijo. Israel y yo hablamos mucho al respecto ante su reclamo le preguntaba por qué él nunca hablaba con su padre mi empeño con él era que pudiera expresarse delante de su padre aunque no lograra que él estuviera de acuerdo con lo que decía y con su padre mi empeño era que lograra escuchar lo que decía Israel aunque no le pareciera adecuado. Después de largo tiempo logramos conversar los tres en un sinnúmero de sobremesas. Lo que parecía adecuado en este caso era no prestarle atención al padre siendo acompañante de Israel, sin embargo era tan clara la actitud de Israel de hacer como si su padre no existiera que me pareció grave hacerme cómplice de ello.

El problema acá es que como A.T. la consigna es no hacer intervenciones, es más se dice que el acompañante no busca la cura del paciente solamente acompaña, esto se lo oí decir muchas veces al Dr. Montoya en sus seminarios pero al mismo tiempo el mismo propone como una de sus funciones “poner un límite a la locura del paciente y la familia”. Ahora bien si consideramos, la 5ta y la 6ta. Funciones propuestas por el Dr. Morzeszowicz. que mencionamos aquí por que son parte de la función del A.T. como lazo social: “Agente re-socializador”. Y “modelo de interrelación no patógena”. Resulta inevitable tener que intervenir, tanto por que si se hace o si no se hace se trasmite un mensaje lo importante creo yo es saber en la medida de lo posible que se esta transmitiendo, en el caso de Israel el carácter de su padre es sumamente difícil con todo y que éste a su vez esta en análisis y lo mas fácil era no interactuar con el pero de este modo solamente se habría conseguido que Israel creyera que tener un lugar para sí dependía de ignorar a su padre.

#### **4.2.4 EL A.T. como contenedor del paciente.**

Contener significa darle la posibilidad de tener un lugar propio al paciente, un continente delimitado, esto no puede hacerse más que en función de que los otros los que le rodean tengan el suyo propio, los límites aparecen así por sí solos no teniendo que inventarlos a nuestro juicio, para ello resulta básico no llegar a acompañar al paciente con el prejuicio de quien o quienes provocan su locura ni con el ánimo de encontrar culpables y sin los prejuicios teóricos que nos dicen que la madre no hizo tal o cual cosa bien o que el padre no se colocó de tal o cual manera o que los otros hijos –si los hay- niegan maquiavélicamente el espacio posible al paciente. La trama es mucho más compleja que tales condenaciones y no se origina en el presente sino muchas generaciones atrás mínimo tres apunta Davoine.

Como podemos observar las diferentes funciones tienen que ver unas con otras ahora mismo podemos identificar que contener como hemos dicho es dar un continente, un lugar que tiene que ver con el respeto a los otros lugares y con los límites y el A.T. da lugar a la palabra del paciente al escuchar o al cuestionar: ¿y tú que quieres? ¿y tú que piensas? ¿qué hacemos hoy? también al proponer: “Podemos hacer esto o lo otro” e insistimos: tú elige, también convocamos su deseo al preguntar: ¿y tú que quieres? y nos ponemos de ejemplo: “Yo quiero de este modo o de este otro” pero observamos: tú decides es como tú quieras. Prestamos nuestro yo al decir: “Las dificultades las resuelvo así” las ganas de hacer cosas las consigo de este modo.” Etc. (Ya veremos tales frases en un contexto específico en el capítulo 5).

Finalmente hablemos del acompañante como testigo antes de pasar al siguiente capítulo.

#### **4.2.5 El A.T. como testigo.**

¿Por qué es importante escuchar el delirio del paciente? y que éste no sea emitido a solas hundiendo al paciente en un mundo privado de ensueño a veces otras aterrador. Tiene que ver justamente con el establecimiento del lazo social tiene que ver con la posibilidad de poner límites, con la posibilidad de que tome un curso que se mueva hacia algún lado que no sea más estático que posibilite un desarrollo, lograr todo esto tiene que ver con varias cosas que de entrada podrían parecer contradictorias pero no lo son. Primero una compañera acompañante quién ahora es analista decía: “es importante introducir la duda al paciente” eso podría promover un movimiento que el paciente no continuara sujeto de sus certezas que conforman su delirio. Y segundo, decíamos, es importante creerle al paciente lo que dice que ve, oye o siente. Ambas premisas me

parecen importantes e imprescindibles el problema es como hacerlo, ahora intentaré documentarlo a través de un ejemplo.

Sandibel, tenía 19 años cuando la conocí y el primer acompañamiento que hice con ella salimos a caminar y yo la veía como sumida en una realidad diferente a la mía parecía ver cosas hablaba sola en un murmullo que no me era audible después de un rato me atreví a preguntar ¿que ocurre Sandibel a lo que ella contesto: “vamos por un lago morado y está lleno de estrellas y nosotros las juntamos y las lanzamos al cielo - mientras decía esto actuaba como si de verdad tomara entre sus manos esas estrellas y las lanzaba al cielo y mirándome me urgía ¡hazlo! yo un poco tímida la imitaba ella continuaba su relato, ahora cabalgamos en una iguana y todo es hermoso y las estrellas se convierten en monitos que son muy bonitos y esos monitos se convierten en bebés y nosotras cargamos a todos los bebés y seguimos montadas en la iguana en el lago morado –yo continuaba imitando todos sus movimientos durante todo el relato- a lo lejos se ve un sol brillante eclipsado por la luna nosotras estamos en la parte oscura y por los lados se ve la luz resplandeciente, cerca del sol están tres damas hermosísimas una tiene pelo amarillo con coletas otra tiene el pelo negro y corto y la otra tiene el pelo larguísimo y de arco iris, sus cuerpos son de metal y hay un hada que las protege y las ve avanzar a través de nubes arco iris y de ositos que llevan en el pecho lo que son, uno tiene una paleta, otro tiene un chocolate y se lo están comiendo las hormigas. Las tres damas llegan a un lugar muy hermoso nadando en el metal derretido donde se producen efectos de luz maravillosos y donde la temperatura es la más rica para hacer el amor y hacen el amor derritiendo el metal con su fuego interno y hacen el amor. –ahí guarda un silencio muy prolongado hasta que le pregunto y luego Sandibel, - ella responde y ahora ya estamos aquí de regreso -vuelvo a preguntar- hay algo que no entendí ¿cómo es que las damas hermosísimas hacen el amor?. Por que ellas tienen vagina y pito contesta rápidamente. Luego pregunta: ¿tú puedes ver lo que yo veo? ....pienso mi respuesta unos segundos y respondo ¡NO! yo no puedo ver esas cosas por eso te pregunto como son.... se me queda mirando un rato y luego dirá en tono confidencial ¡es que yo soy un alien! y puedo crear con mi imaginación la realidad virtual luego me pregunta: ¿ tu tienes hijos? .... me tardo en responder ¡si! tres niñas.... ¿y son aliens?... vuelve a preguntar - Ahora le respondo- .... ¿no lo sé Sandibel no que yo sepa? ¡Ah igual y no te dicen! agrega, pues sí igual y no me dicen, repito. Ahora Sandibel agrega en tono grave ¡si un día te lo dicen por favor créeles, créeles siempre!. Conmovida por su tono le digo, claro, claro les creeré,.... Y agrego sin mucho énfasis ¡pero se me hace que no! ya me lo

hubieran dicho. Esto último parece que Sandibel no lo escuchó o no lo quiso escuchar y volvió a su dialogo privado e inaudible.

Con este ejemplo quiero mostrar como me las arregle para entrar al mundo de Sandibel sin engaños y con un real interés de mi parte por saber lo importante para mi no era interpretar lo que dijo sino una escucha con respeto y con dudas sobre lo que puede o no puede ser y no supe como lo habrá vivido ella pero lo que siguió fueron dos años de acompañamiento donde se estableció un lazo social genuino que trajo una manera de contener una forma de poner limites y una manera de re-educación, que me trajo las criticas tanto de su analista como de sus otras acompañantes. (Eso lo veremos en el siguiente capítulo) y un gran afecto que aún siento por ella.

El lugar del A.T. esta pre- determinado por quién le convoca a ser acompañante es la premisa que me surge después de las reflexiones que emanaron al ir revisando las diferentes funciones que se le asignan al A.T. Pero la forma sui- generis como se desarrolla la “transferencia” en ese lugar no pueda ser prevista con anticipación ni manipulada con exactitud lo que ocurre en el desempeño del Acompañante Terapéutico depende tanto de lo que le ocurre al paciente como de las características individuales del Acompañante así como del desempeño del equipo tratante, todo esto, pretendo avisarlo desde el lugar del Acompañante Terapéutico el cual como veremos en el siguiente capítulo es uno de los receptores de la transferencia del paciente y a su vez éste le transfiere algo de sí mismo en una movimiento de doble dirección -es decir- la transferencia como síntesis de una relación biunívoca donde el Acompañante presta su yo al paciente y el paciente le hace partícipe de su locura anudados por un lazo social que en la medida en que se puedan poner palabras ahí donde la locura aparece, crea un texto que se narra a través del paciente con estructura psicótica y que fija o libera al paciente de su alienación.

## **CAPITULO 5**

### **ANÁLISIS DE CASOS**

Hemos planteado anteriormente que psicosis y locura son dos cosas distintas en tanto que me he referido a los pacientes psiquiátricos como aquellos que padecen algún tipo de psicosis no importa cual y que al hablar de locura nos referimos a la puesta en escena de una trama que coloca a una persona en el lugar de paciente a través del cual se expresa la locura de su entorno y el interés de hablar de la locura como una trama es identificar cual es el papel que juega el acompañante terapéutico en la promoción o en la dilucidación de tal trama y de su cura.

Hablamos ya de las funciones del acompañante terapéutico hemos dicho que tal es requerido como una intervención del analista y mencionamos que un paciente requiere de un equipo tratante. Reseñaré ahora como desde mi experiencia como acompañante terapéutico se han conformado tales equipos y que posibilidades se han abierto para el paciente bajo este diseño terapéutico y que problemas hemos encontrado y sobre todo como he vivido y leído desde mi lugar de acompañante el juego de transferencias que se genera en el equipo tratante y con relación al paciente. Sería imposible hacer un recuento cabal de los casos tratados por ello he elegido tan solo un extracto de las situaciones en que dados los intereses del presente trabajo resultan más significativos.

#### **5.1 Ben**

##### **PRIMERA PARTE.**

Lo que presentaré a continuación es un mapeo de cómo se juegan los lugares en la familia de Ben visto desde mi lugar como acompañante. Posteriormente intentaré formular una hipótesis de cómo y con que elementos me coloco en un lugar peculiarmente cuestionada, o bien en el lugar de la transferencia negativa.

Era el día de su cumpleaños, con su seriedad habitual Ben aguardaba en su recámara – donde yo lo acompañaba -a que comenzara su fiesta- me resultaba sumamente difícil comunicarme con él así que aproveché lo que observaba por la ventana para atraer su atención. Sus hermanos terminaban de poner música y el papá de Ben intentaba bailar con su esposa la cual se revolvía en sus brazos tratando de escapar, ante su insistencia y al ver que eran observados no le quedó más remedio a la señora que dar algunos pasos al compás

de la música. “están bailando tus papas le comento a Ben quien sin mirarme se aproxima a la ventana y sonrío ante la escena.

Una de las hermanas de Ben (la única casada) y su marido se afanaban en los últimos detalles para la fiesta era notorio el ir y venir de ambos sin cruzar palabra alguna entre ellos y sin mirarse tampoco. Esta hermana mostraba mucho enojo silencioso con respecto a su padre por que no participaba en los arreglos igual con respecto a su madre la que no mostraba ningún interés por lo que sucedía a su alrededor.

Por fin todo estaba listo, ahí entraron en escena los tres hermanos varones de Ben quienes fueron a comprar bebidas y las dos hermanas solteras se pusieron a seleccionar la música yo trataba de entusiasmar a Ben sin conseguirlo quién seguía ensimismado en su cuarto, una de estas dos hermanas organizó unos juegos invitándonos a participar Ben sin decir nada se reunió con sus otros hermanos y comenzaron a hacer bromas las cuales consistieron en apostar quien de ellos se atrevía a bajarse los pantalones en plena fiesta, el menor de sus hermanos (22 años) ganó la primera apuesta, de espaldas a la concurrencia se baja por algunos segundos los pantalones he inclinándose hacia delante deja al descubierto sus calzoncillos y parte de las piernas ante la hilaridad de los varones y la mirada nerviosa de las damas. Ben ríe y voltea a mirar cual es mi expresión yo me sorpendo de inicio e inmediatamente después muestro seriedad al escuchar a un primo de Ben que completamente excitado apuesta que se desnudara y saldrá corriendo a la calle nadie le acepta la apuesta. Procedemos a realizar los juegos, con globos, donas, sillas, primero los niños luego los varones donde esta incluido Ben quien participa muy entusiasmado y por último las damas. Es notoria la atención que pone Ben sobre mí esperando a ver si acepto participar. Soy la primera en perder en el juego de “a ver quien se queda sin silla al terminar la música” pues una de sus hermanas me da tal empujón derribándome al piso. Todos ríen divertidos incluido Ben, tras los juegos se parte el pastel primero todos se llenan de merengue, corro a refugiarme a la cocina para evitarlos todos ríen del aspecto que presentan sus rostros llenos de merengue. Hasta aquí tanto el esposo de la hermana de Ben como su padre no participan de la fiesta, al primero se le ve muy preocupado por incluir a su suegro, lo llama, le pregunta que música prefiere, le invita cerveza.

El tiempo de acompañamiento (4 hrs) Llega a su término nadie se percata de ello (en condiciones normales la mamá de Ben está muy pendiente de que ya me valla una vez finalizado el horario del acompañamiento) yo decido quedarme hasta el termino del pastel, le cantamos las mañanitas, se le toman fotos, una con su acompañante dice

alguien Ben se concentra en pensar un deseo y apaga sus 24 velitas sus hermanas reparten el pastel, Ben quiere otra rebanada se inconforma su madre Ben busca mi mirada consiguiendo mi apoyo “claro si Ben quiere” una rebanada más estará bien, es solo por hoy complementa su hermana.

Se inicia el baile, la madre se acerca a decirme que mas tarde alguien me llevara a casa que es peligroso que me valla sola a esa hora (21 hrs) el padre quiere que me quede a dormir con una de sus hijas yo propongo que alguien me acerque al metro más tarde. Ben baila con sus hermanas, es un poco torpe, cuando está solo le invito a bailar él sigue con atención mis indicaciones.

Se retiran la hermana casada de Ben y su familia más otros invitados. Los hermanos solteros Ben los papas y yo nos sentamos en círculo en el patio y le piden a Ben que cante una canción. Primero Ben con sus hermanos cantan una parodia de los tres cochinitos luego Ben interpreta “let it be” con un ingles muy defectuoso y muy desentonado. Le complace tener toda la atención puesta en él. Yo no encuentro el momento de retirarme porque quien me llevaría al metro en su auto es quien toca la guitarra en ese momento Ben termina su interpretación, todos lo festejan una hermana dirá que de todos Ben es el único entonado que lo heredó de su padre y a quien le pide que cante y lo hace de inmediato interpretando a Pedro Infante y Jorge Negrete, lo hace muy bien y es el único momento en toda la fiesta que el padre cuenta con la atención del resto de la familia, hacia la tercera canción se dirige a mi como dedicándome la canción yo intento ignorarlo comentando algo con Ben pero al notar su insistencia lo miro directamente y con un ademán le indico que es hacia su esposa hacia donde debe cantar el atiende a mi seña mientras yo experimento mucha tensión en el ambiente y pienso que el señor debe haber enloquecido por unos momentos.

Al terminar la canción los hermanos aplauden y gritan beso, beso, el padre se acerca a su esposa he intenta besarla en la boca ella lo evita riendo siniestramente, el padre apenas logra rozarle una mejilla. Inmediatamente después todos nos incorporamos, yendo a diferentes lugares unos a la cocina, otros a la planta alta yo voy al sanitario. La fiesta concluye. Al salir del sanitario me encuentro con una de las hermanas de Ben quien me dice que cuando quiera me llevaran a mi casa le digo que en cuanto me despida de Ben. La madre sale a pagarme el acompañamiento agradeciéndome que me haya quedado más tiempo. Son Ben y sus dos hermanos quienes me llevan hasta mi casa en su auto se retiran en la puerta aun tengo un sabor desagradable en la boca por lo

ocurrido con el padre, pero al mismo tiempo me da gusto que Ben se comunica conmigo de mejor manera, hasta antes de ese día Ben me ignoraba la mayor parte del tiempo.

## **SEGUNDA PARTE.**

Ben cumplió años en mayo yo lo había conocido en enero quien nos convocó a acompañarlo fue su analista y su psiquiatra. A fines del año anterior Ben tuvo una crisis el se había hecho daño con una cortadora que usaban en su casa para hacer uniformes escolares se había cortado un dedo deliberadamente era la tercera vez que intentaba hacerse daño, un año antes había intentado lanzarse de la azotea de su casa y posteriormente durante un internamiento pretendió ahogarse en una cisterna. Por ello ahora al internarlo le habían aplicado electroshocks se pensaba que con esta medida se evitaría que Ben intentara hacerse daño por unos 3 meses. Con estos datos le conozco él es un muchacho que a todo dice que si bajando la cabeza y la mirada es muy lento en sus movimientos y hace un movimiento peculiar que se repite muy a menudo, voltea la cabeza hacia un lado y hacia otro como si quisiera enderezarse el cuello, le tiemblan los lados laterales de la cara al parecer involuntariamente a veces grita dolorido de la espalda contrayendo los músculos de la cara y inclinándose hacia delante “es por los electroshock, explica”.

Al inicio Ben se comunicaba bien conmigo aunque lento siempre lo encontraba de buen humor aunque esto cambiaba cuando sus padres lo obligaban a ponerse suéter o a tomar remedios vegetarianos entonces se ponía de muy mal humor incluso llegaba a lanzar objetos al piso como los recipientes que contenían los remedios. Me hablaba de lo que le gustaba y de lo que no le gustaba y de ciertas ideas recurrentes que le ocupaban la mente como de autos que chocaban y de sus sueños fantásticos, los cuales siempre eran sueños de que él estaba en peligro y sus hermanos que eran super-héroes lo salvaban. Cuando estábamos cerca de las vías del metro buscaba mi mirada como buscando apoyo también se quejaba conmigo de las preguntas insistentes de su madre y se apoyaba en mi presencia para negarse a ponerse el suéter, lavarse los dientes, comer algo que no quería o tomar los remedios vegetarianos que le ofrecían, esto lo notaba porque siempre al decir que no buscaba mi mirada, ante lo cual yo decía “si Ben no quiere no hay que obligarlo”. Cuando lo acompañaba dentro de su casa, sus padres acaparaban mi atención mientras que Ben se movía con una mayor ligereza de lo habitual, subía, bajaba, iba, venía, mirándome con curiosidad mientras me encontraba atrapada por sus padres. Su padre me hablaba de la importancia de una buena



alimentación, de la mala relación con su esposa, de sus rechazos sexuales, de sus regañíos. Por otro lado la madre me hablaba de sus apuros económicos, de sus problemas para atender a sus hijos y trabajar, de la nulidad de su esposo de su dolor por Ben y del enorme desprecio por su marido.

Como receptora de estos discursos me sentía más como acompañante de los padres que de Ben puesto que además de sus miradas curiosas éste no hacia mas que ignorarme no así cuando le acompañaba fuera de casa, en esas circunstancias compartíamos alimentos que le estaban prohibidos por su madre como hamburguesas, pizza etc. Platicábamos, íbamos al billar, al cine, o solamente a caminar así hasta el día de su cumpleaños.

Poco después Ben se negaba a salir conmigo haciéndose su actitud cada vez más distante. Lo acompañaba la mayoría de las veces en su cuarto donde él pasaba el tiempo estudiando matemáticas y pareciendo percatarse de mi presencia solo en contadas ocasiones lo descubría observándome mientras yo leía un libro que él mismo me había ofrecido el libro era “el padrino”. Al preguntarle por qué ya no quería salir conmigo contestaba simplemente que no tenía ganas.

La familia a excepción del padre se empezó a inconformar con mi trabajo replicando que si iba a leer o que si iba a platicar con el padre que no estaba realmente acompañando a Ben. La madre solicita mi salida como acompañante de su hijo.

En el equipo tratante se empieza a hablar de que Ben no se siente a gusto conmigo y de las quejas de la familia con respecto a mi trabajo. Con todo esto el padre me comienza a irritar, trato de conseguir la atención de Ben dentro de la casa sin lograrlo lo cual hace mas evidente su rechazo. Sin embargo, cuando le acompaño a su cita con su psiquiatra hablamos con respecto a si ya no quiere que lo acompañe Ben me dirá en repetidas ocasiones “es mi mamá la que no quiere” y posteriormente cambia su respuesta por un “luego te digo”. Su actitud fuera de su casa es diferente aun platicamos y podemos compartir cosas.

Su analista me pedirá que deje el equipo de trabajo argumentando que Ben ha dicho en análisis que no se siente a gusto conmigo. En el equipo hay divergencias por mi salida, también hay diferencias entre la analista y el psiquiatra de Ben de índole profesional ella dirá que el psiquiatra ha estado haciendo interpretaciones en sus entrevistas con Ben y que eso no le competía. Además Ben dirá a su psiquiatra al cuestionarle sobre mi acompañamiento que es su madre la que no quiere que yo lo acompañe.

Yo decido seguir acompañándolo porque aunque su trato es cada vez más distante me doy cuenta que logra apoyarse en mi en situaciones difíciles de lo cual no me habla solamente me reporta que no se siente bien, a veces incluso me pide que me quede más tiempo a su lado y cuando ya se siente mejor me lo dice para que yo sepa que ya me puedo ir. Frente a sus padres se muestra irritable conmigo y fuera de la casa solo me habla lo indispensable para que yo sepa si ya quiere regresar a su casa o si quiere sentarse un rato en la banca de algún parque o si quiere que lo deje solo un rato. Trato de descifrar que significa esta nueva forma casi silenciosa de relación con Ben, cuando lo noto inseguro al cruzar las calles me acerco y lo tomo del brazo cuando camina demasiado rápido le pido que me espere cuando se pone nervioso cerca de las vías del metro lo miro a los ojos y le sonrío eso parece ser suficiente para tranquilizarse.

Mientras tanto en el equipo sigue la discusión sobre mi permanencia o retiro como acompañante, su psiquiatra renuncia al caso yo decido permanecer hasta que Ben logre pedírmelo directamente. En cada acompañamiento le hago la misma pregunta “¿Ben ya no quieres que te acompañe?” un buen día por fin me lo dirá, anuncio mi retiro primero a mis compañeros acompañantes luego al resto del equipo donde las divergencias continúan por mi retiro.

No acompaño más a Ben. Tiempo después coincidimos en un taller de música donde participamos acompañantes y pacientes y donde Ben se muestra afectuoso conmigo.

### **Análisis:**

En la primera parte de esta narración el primer elemento que quiero rescatar de la dinámica familiar de BEN en la nulidad de la presencia del padre. Cuando en la fiesta del cumpleaños de su hijo insiste en tener la atención de su esposa de inmediato es congelado por la mirada de ésta y cuando logra por breves momentos tener la atención de la familia (al cantar) se muestra como un alguien que canta y que es sexuado ante lo cual la reacción no se hizo esperar el resultado es tramitado a través de Ben el hijo psicótico, tras un largo lapso en que al preguntar a Ben si ya no quería ser acompañado por mi su respuesta siempre fue “mi mama es la que ya no quiere” hasta que por fin hace suyo este pedimento. La madre no parecía tener nada personal en contra mía puesto que siguió aprovechando mi presencia hasta el último minuto para hablarle a su esposo de su gran desprecio. Y este es el segundo elemento que quiero rescatar, Ben parecía dejarme en su lugar –en el medio de su madre y padre- y así poder gozar de cierta libertad. En dicho lugar en una suerte de trasmisor de discursos la madre me decía

descalificativos hacia el padre y éste contestaba a su esposa pero ambos dirigiéndose a mí.

El grupo terapéutico se divide (tercer elemento) unos toman partido por el psiquiatra y otros por la analista y yo en el medio de la discusión ahora en las discusiones de trabajo ya no es lo que ocurre con Ben lo que se analiza sino mi trabajo como acompañante.

Las diferentes miradas no logran articularse nunca y el desenlace es la renuncia del psiquiatra y mi retiro como acompañante. De haberse podido articular en función de la cura de Ben habríamos logrado saber si Ben trascendería los límites de la estabilización,

Sin embargo no es solo esta lógica transferencial intra-familiar reproducida intra-equipo lo que me coloca en el lugar de la transferencia negativa también ocurre que Ben ha sido mi primer acompañado y en mi necesidad de hacer bien mi trabajo cometo algunos errores como haberme quedado tanto tiempo el día de su cumpleaños y mi insistencia en conseguir su atención me hace tener algunos excesos como insistir en que se comunique conmigo cosa que de ningún modo es obligación para el paciente.

## **5.2 Ricki.**

Ricki es un paciente joven en tratamiento psiquiátrico y terapéutico desde hacia varios años. Los acompañamientos son solicitados por la terapeuta quien tiene una muy mala relación con el psiquiatra de Ricki con quien nunca se entrevista, es decir ambos (quienes en el pasado fueron esposos) hacen su trabajo por separado y para el psiquiatra no tienen sentido los acompañamientos. La razón para solicitar los acompañamientos es que Ricki vive (cuando no está internado) con su abuela y su madre con quienes discute mucho por ello se decide que vaya a vivir solo a un departamento acompañado 8 hrs. durante el día dividido en dos turnos de 4 hrs y durante toda la noche de tal suerte que Ricki se quedaba solo unas horas por la mañana y unas horas por la tarde, a veces él salía durante esos tiempos con algún amigo o amiga a tomar una copa ya que tenía permiso de su psiquiatra de tomar dos copas al día otras veces se encontraba tan deprimido que se metía a la cama a las 8 de la noche sin cenar siquiera. Con sus acompañantes varones solía llevarse muy bien con sus acompañantes jóvenes solía ser muy seductor las acosaba con frecuencia yo le acompañaba normalmente en las noches y salíamos un rato o le convencía de preparar cena en su departamento. Un día platicando le comenté que me gustaba el Jazz así que cuando salíamos en la noche Ricki buscaba un lugar donde tocaran esta música.

Un día intempestivamente me dijo que se quería internar le hable de que uno de los objetivos de que estuviera acompañado era no internarse pero insistió y lo acompañe a una clínica psiquiátrica tras hablar con el director de la clínica y mientras este se comunicaba con su familia yo le pedía que le diera más tiempo a los acompañamientos ha lo que dijo que no podía que nosotros siempre nos íbamos y lo dejábamos, ante esto le comenté “pero siempre volvemos” finalmente desistió de su idea y nos regresamos a su departamento. Decía estar enamorado de una de sus acompañantes la cual tuvo que cambiar de número telefónico pues Ricki le llamaba a toda hora con otra su trato era muy fraternal y con una tercera (quien se ponía sumamente nerviosa con la actitud seductora de Ricki) su trato era muy agresivo se expresaba muy mal de ella hasta que un día terminó dándole una bofetada ante esto se hizo una reunión de grupo donde Ricki ocupó la silla de los acusados y se le condicionó a que si algo así volvía a suceder se le retirarían los acompañamientos. Por fuera esta compañera fue muy criticada por la terapeuta y por sus compañeros acompañantes quienes en realidad la culpábamos a ella de la trasgresión de Ricki posteriormente se le pidió a la madre de Ricki que cambiara a un psiquiatra que trabajara mas cercanamente con nosotros, terapeuta y acompañantes la madre se negó y el equipo se escindió sus dos acompañantes varones la agredida y yo dejamos el caso. Dos años después me enteré que Ricki vive ya de fijo en el psiquiátrico.

**Análisis:**

Acá hay varias cosas que señalar la primera es que Ricki como paciente de una terapeuta que en otro tiempo fue esposa del psiquiatra era el mensajero de ambos si la terapeuta decía no al vino el psiquiatra ordenaba dos copas, si ella decía acompañamientos el psiquiatra decía que no. etc.

En cuanto a los acompañamientos primero fue sumamente notoria la incomodidad que produjo en el equipo la personalidad “sensual” de una de las acompañantes incomodidad que asumió Ricki en lugar de un posible beneplácito, luego al margen de esta incomodidad cuando se produce el acto transgresivo (bofetada) se señala como culpable al paciente sin más mediación y sin embargo queda sin respuesta si el acto fue promovido por la acompañante o por todo el equipo de acompañantes.

Desde mi punto de vista la responsabilidad es de todo el equipo de acompañantes puesto que aunque son espacios de escucha hay situaciones que no son fáciles de hablarse sobretodo si se refieren a motivos sexuales y no digo que la solución sea consentir actos violentos por parte del paciente pero tampoco se puede reducir el

abordaje a colocarlo como culpable, es necesario ver que es lo que falla que la palabra no fluye en estos espacios diseñados justamente para ello y por lo tanto “lo que no se dice se actúa”.

Las historias personales son propias del análisis personal ¿y las historias grupales? cuando el deseo del grupo es que el paciente experimente “deseo” y sexual justamente. Hemos de reconocer que todavía en la actualidad la “sexualidad” asusta no se puede hablar libremente de ella la resolución más fácil cuando ocurre un acto es darle un nuevo estatuto al paciente “el de culpable”.

No ha habido ocasión que yo recuerde ni texto que aborde cómo manejar desde el acompañamiento la libido sexual del paciente parecería que es algo que no esperamos que ocurra sino en el espacio de su análisis y dirigido a su terapeuta sin embargo es algo que ocurre siempre en los acompañamientos y se deja la responsabilidad exclusivamente al acompañante de saber como hacer posponer o sublimar tal aspecto propio de la transferencia. Aquí me parece que hay un hueco grave puesto que si el terapeuta en virtud a esa transferencia puede interpretar o bien acotar dado el encuadre estricto con que cuenta. El acompañante habrá de poner límites en un espacio abierto y sin interpretaciones donde resulta aún más difícil hacer lo que señala Freud. “no rechazar para evitar una ruptura con el paciente pero tampoco permitir para continuar en el contexto terapéutico.

Lo que ocurre frecuentemente en el espacio de los acompañamientos es como en este caso un rechazo absoluto en el plano de lo consciente por parte del acompañante y una consecuente violencia del paciente y el pasaje del trabajo terapéutico al señalamiento de culpables cancelando toda posibilidad de análisis.

### **5.3 Alba.**

Alba a estado en psicoanálisis y en control medico- psiquiátrico por mas de 20 años en su historia ha ido de analista en analista y de psiquiatra en psiquiatra a quienes abandona después de un tiempo, ella vive sola, es investigadora en una universidad y llega a solicitar apoyo psico-terapéutico a través de un conocido de la misma universidad donde ella trabaja.

Se le asigna un psiquiatra una terapeuta y tres acompañantes pues a decir de ella no puede estar sola y se encuentra muy deprimida, la razón ésta vez es una ruptura con su pareja sentimental y digo – esta vez – porque a lo largo de su vida a vivido otras crisis, que la han llevado incluso a internamientos.

En la situación de cuando la conozco se muestra realmente difícil el convivir con ella siempre esta malhumorada le grita a todo mundo y otras veces estalla en llanto se muestra desconfiada del apoyo que le podamos dar pero lo acepta por no contar con ninguna otra alternativa, al parecer ya las ha probado todas, medicamentos, internaciones, psicoterapias. Por otro lado ella es la que diseña como ha de transcurrir el tiempo de acompañamiento aquí no hay mucha dificultad para organizarnos con ella el único problema es al finalizar el acompañamiento dificulta el poder dejarla sola incluso se le indicaron acompañamientos por la noche durante algún tiempo conforme su depresión mejoraba ella se las arregló para decidir cuando si y cuando no quería acompañamiento – es decir – nunca se sujetó a las indicaciones de su terapeuta. Es mas tuvo una ruptura violenta con ésta y se dedicó a buscar otro terapeuta que la aceptara con sus acompañantes y posteriormente también abandonó al psiquiatra.

Con sus acompañantes la transferencia fue del siguiente modo:

- Con la más joven de la tres se identifiqué porque ella estudiaba la maestría y se dedicaba a la danza contemporánea, Alba cuando joven había hecho eso mismo por lo que decía con frecuencia “es como mirarme a mi misma a su edad”.
- Con su otra acompañante un poco mayor con la maestría terminada y dedicada el 100% a su formación de psicoanalista se volvió cada vez mas intolerante hasta que le hizo imposible el acompañarla dadas las agresiones verbales de que la hacía objeto.
- Conmigo se identifiqué bien creo que por tener casi la misma edad se interesaba mucho en saber como era mi vida familiar sobre todo como trataba a mis hijas y al padre de estas las mas de las veces ella me hacia preguntas y sola se las contestaba dando por hecho de que yo no le podía hablar de mi vida privada, comparaba en una suerte de monólogo frente a mí la forma en que ella fue tratada de niña y de lo cual se quejaba conmigo abrumadamente y la excelente forma en que según su imaginación yo trataba a mis hijas.

A través de 3 años Alba a continuado yendo de terapeuta en terapeuta su acompañante joven la que hace danza decidió retirarse porque no se puede realizar trabajo de equipo con el nuevo terapeuta y el actual psiquiatra de Alba.

Actualmente yo la sigo acompañando sin tener contacto con su terapeuta ni con su medico por que tengo la seguridad de que Alba a pesar de sus constantes cambios nunca esta sin terapeuta y sin control medico.

En un sinnúmero de intentos Alba me a querido colocar mas en el lugar de su amiga que en el de su acompañante cosa que no he permitido porque intuyo que en ese lugar la relación con Alba terminará. Yo no podría dedicarle el tiempo que ella requiere (actualmente la veo una vez por semana y ocasionalmente dos o tres veces) y por otro lado Alba siempre abandona todas sus relaciones, curiosamente la relación mas larga que a vivido en los últimos 5 años es la que tengo con ella como su acompañante. Los argumentos que me sirven para decir que soy su acompañante son:

- i) Que el tiempo que le dedico es a cambio de un pago económico.
- ii) Que independientemente del terapeuta que este viendo la conmino a permanecer en terapia.
- iii) Continúo acompañándola al margen de mi vida privada ni le cuento ni la dejo acercarse a mi vida.

#### **ANÁLISIS:**

Con Alba ya lo mencionamos en el capítulo 4 surge la cuestión de la amistad “calificada” cuya calificación se expresa en que no se le puede decir cualquier cosa al paciente lo cual sí se hace con un amigo común, hay que poner mucha atención en los significantes los cuales se escuchan de manera literal, el uso de la metáfora es reducido. el caso de Alba era ella misma la que pone límites a lo que quería saber respecto a su acompañante tras una de sus preguntas siempre añade “ya se que no me puedes contestar” y luego vienen sus respuestas que ella misma se da a partir de una necesidad personal de identificación con el otro “tú eres como yo fui o soy ahora” lo cual se deja ver en los rasgos de los que se apropia de cada una de sus acompañantes y que determina el tipo de transferencia que establece con cada una de nosotras, enseguida viene la descalificación de lo que también la identifica pero que no le gusta o de aquello que quisiera y no tiene y que se observa mas claramente con la acompañante que más dedicada estaba a su formación profesional y menos vida de “mujer común” tenía (esto claro en la imaginación de Alba) con la cual se establece la transferencia negativa pero no solo a ella la descalifica en realidad este es un rasgo muy establecido en la personalidad de Alba, cuando la balanza se tiende hacia los aspectos negativos reales o supuestos por Alba se termina esa relación para ella así Alba forma una cadena de pérdidas a lo largo de su vida..

Los significantes le hacen ruido y la enervan enormemente, ella que ha estado por mas de 20 años en psicoanálisis descalifica el discurso psicoanalítico ante lo cual reprocha constantemente diciendo eso no es una ciencia yo no puedo hacer ciencia

sobre de algo que nunca veo ¿qué es eso del inconsciente? y concluye “ustedes se ocupan de puras loqueras” y agrega yo por eso me dedico a las ciencias naturales nosotros si hacemos investigación. En mi acompañamiento en particular con Alba he tenido la suerte de vivir la transferencia en diferentes facetas una inicial muy positiva donde Alba depositaba en mi cualidades como mujer al suponer que tenía una excepcional relación de pareja y una excelente relación con mis hijas adjudicándose la labor de cuidar para mi ese estado de cosa, me decía por ejemplo, “el domingo tu no me puedes acompañar por que tienes que estar con tus hijas y con tu pareja” y preguntaba ¿cómo logras trabajar y cuidar de tu familia? y se contestaba “bueno tiene que ver que tienes una pareja a la que no le tienes que calentar la sopita” y que cuida a tus hijas cuando no estas.

También hacia de maestra conmigo eligiéndome espectáculos, películas, noticias y exonerándome siempre de que no haya tenido tiempo para hacerlo por mi cuenta, “es que tienes que cuidar a tus hijas” – decía.

Luego en una ocasión que me atreví a disentir claramente con ella respecto a cuestiones políticas se enojó y dejo de hablarme como 6 meses posteriormente volvió a pedirme que la acompañara y nuestro tema principal de conversación fue como contrarrestar los embates de la edad investigaba y me trasmitía todo cuanto a que hacer para conservarse con un buen aspecto y le parecía que yo tenía un buen estilo de vida que me mantenía saludable.

Actualmente su actitud hacia mi es muy ambivalente la acompaño una o dos veces por semana a comprar sus víveres principalmente y luego nos tomamos un café en sus casa platicamos de la situación política de los años 70.s, de la música de entonces, de películas, de artistas y coincidimos en mucho. Sin embargo siempre esta como a la casa del error en mi (error claro a su juicio) y cuando esto ocurre se enoja y me dice que como puedo estar tan equivocada esta ambivalencia de ahora se debe a que en ocasión de que estuvo de viaje en Francia y de que solamente conmigo se comunicaba le manifesté por e-mail cierta preocupación afectuosa hacia ella la situación fue la siguiente: Me envía un e-mail diciéndome que las cosas no van muy bien para ella y yo le devuelvo otro que textualmente dice: “Estoy un poco preocupada por ti, escíbeme con mayor frecuencia, si las cosas no van bien por allá, sabes que puedes contar conmigo”.

Ha su regreso primero me cuestionó de manera muy suave ¿por qué te preocupas tanto? y se responde “si ya sé que hay personas muy aprensivas y tu eres así” y continua



“lo que no me gusta es como me ves” –y sus reproches suben de tono- ¡que crees que no se como cuidarme yo no soy una de tus hijas! ¡además por qué quieres compensarme porque me escribiste eso? ¡yo se bien lo que tengo que hacer! solo a ti se te ocurre preocuparte.

Ante sus airadas quejas le contesto “sé que sabes lo que tienes que hacer Alba y sé que tu tomas tus propias decisiones solo quise trasmitirte a la distancia un poco de afecto y ella agrega, sí, pero no me gustó que me trates como a una niña, además no es la primera vez siempre has sido así. Luego se calma y nuevamente regresa su enojo y sus quejas. Yo la sigo de un lado a otro con calma y sin enojo y pensando que tanto tiene razón y también porqué le cuesta tanto recibir afecto.

#### **5.4 Lancelot.**

Lancelot es un chico de 20 años con quien hacer acompañamiento al inicio era sumamente difícil puesto que eran cuatro horas en que no permitía que lo dejara uno de ver ni un instante, dependía de la mirada tanto que si su acompañante se distraía hacia otro lado de inmediato Lancelot iba al teléfono a llamarle a su padre o a su psiquiatra o a su analista y requería de la presencia de su madre sobre manera ella no podía retrasarse ni diez minutos porque Lancelot se ponía mas nervioso de lo usual y podía llegar a ser agresivo verbalmente con su madre.

Además cambiaba con mucha rapidez de actividad primero quería salir a caminar y a los 5 minutos quería subir a su cuarto a oír música no terminaba una canción y prefería bajar a fumarse un cigarro al jardín y así sucesivamente curiosamente Lancelot no mostró transferencia negativa con ninguno de sus acompañantes solo eventualmente se negaba a ir a su análisis pero entonces su terapeuta le proponía ir a velo y muchas veces así lo hizo. Los acompañamientos terminaron ante los problemas financieros de la familia el padre se quedó sin trabajo algún tiempo por lo que la terapeuta siguió recibiendo a Lancelot sin pago hasta que un año después la economía de la familia mejoró yo volví a acompañarlo un tiempo entonces Lancelot ya lograba concentrarse en leer un libro o en escribir una poesía. Meses después Lancelot quiso buscar trabajo y pidió a su terapeuta suspender los acompañamientos, actualmente Lancelor logra realizar trabajos eventuales para el departamento del D.F. de vez en vez me llama hacemos una cita para saludarnos y un día antes de la cita me llama para cancelar.

**Análisis.**

Con todo y lo difícil que ha sido acompañar a Lancelot hay un rasgo que quiero destacar es el único paciente con el que la “transferencia negativa” no se ha depositado en uno solo de los acompañantes con él han sido buenos y malos momentos con todos y cada uno de nosotros incluyendo a su analista la que hasta antes de Lancelot era también una acompañante como nosotros y esto ha hecho que nuestro trabajo no se haya sentido cuestionado desde el lugar del analista sino que las juntas de trabajo los discursos circulaban en igualdad de circunstancias y los problemas eran abordados en busca de soluciones más que de cuestionamientos tampoco ocurría que se buscaran fallas en alguno de los integrantes del equipo, cuando Lancelot se quejaba de alguno sea su analista su psiquiatra o alguno de sus acompañantes se le devolvían verbalizaciones tales como: “háblalo con el (o ella)” los papas tampoco tomaron partido por nadie ni nosotros por alguno de los dos al contrario la tensión de los padres hacia Lancelot y viceversa fue disminuyendo. Nunca cuestionaron nuestro trabajo solo se mostraron preocupados por el pago.

**5.5 Donovan.**

A Donovan le fueron indicados los acompañamientos por su analista una vez que pudieron sacarlo sus familiares de un anexo de AA donde le habían ocasionado lesiones físicas y donde había permanecido varias semanas incomunicado, es decir, no permitían que su familia lo viera, fue su analista el que tuvo que hacer arreglos para rescatarlo. Él era muy alegre y bueno para la música había estado en una escuela de arte donde comenzó a abusar de todo tipo de drogas ya una vez acompañado se las arreglaba para conseguir marihuana y aunque no la fumaba delante del acompañante nos resultaba evidente que lo hacía. Se le asignaron dos acompañantes varones y tres mujeres él pasaba el tiempo componiendo letras de canciones con el material que le proporcionaba su delirio y hacia música

Cuando yo lo acompañaba íbamos a conseguirle trabajo como cantante en los cafés de la colonia condesa lo mas que pudimos conseguir fue que le permitieran cantar y pedir dinero entre los clientes yo le ayudaba a realizar esta función. Terminó seduciendo a una de las acompañantes quién pasó de ser su acompañante a ser su pareja con ella iba a fiestas y un día en una de ellas Donovan murió de un paro cardiaco.

**Análisis.**

El tema de esta seducción fue un tanto difícil de abordar en el equipo porque en el acompañamiento terapéutico esta tácitamente prohibido por considerar que los sentimientos amorosos del paciente hacia algún acompañante merecen el trato igual que los sentimientos amorosos dirigidos al analista, es decir, se considera que no son despertados por la persona que le acompaña sino que son transferidos del pasado en la situación actual que vive con el acompañante y por ello el desenlace deberá ser remitirlo a que lo analice en sus sesiones con su psicoanalista.

De hecho no se abordó el tema solamente se dijo por conducto del analista que quién se hizo su pareja nunca fue su acompañante y una vez descubierta la relación se pretendió darle un trato igual a ella que a él –es decir- de pacientes. Lo cual no aceptaron Donovan estimó que al tenerla a ella no necesitaba a nadie más y abandono el tratamiento, ella consideró que su amor era legítimo así que al morir Donovan solo comentó murió siendo feliz.

Nuevamente como en el caso de Ricki se observa la imposibilidad de tratar el tema del manejo de la sexualidad con respecto a los pacientes que aunque sabemos que tal aspecto tamiza por completo el enramado de la historia de un caso se resuelve que es tema completamente privado del análisis personal y no de los grupos de trabajo.

A mi me parece que el tema debe ser abierto en los grupos de trabajo puesto que si un acompañante puede decir sin temor al enjuiciamiento lo que le mueve un paciente sexualmente se puede abordar evitando pasajes al acto y no-solo es menester abrirlo ahí sino que los propios acompañantes con mucho o poco análisis puedan tener elementos para detectar cuando un paciente les “gusta sexualmente” y como manejarse con esto evitando el acto real pero con un beneficio para el paciente.

Esto es tema de otro trabajo lo único que quiero dejar sentado por ahora es que hay una contradicción entre diseñar un espacio para hacer que se hablen las cosas y que haya temas aun tabú que no se pueden hablar a fondo solo en cuanto a la forma se indica hay que ponerle limites de todo tipo incluyendo los sexuales al paciente.

Con ello lo que ocurre es un rechazo las mas de las veces brusco por parte del acompañante hacia el paciente y una herida para este último que reacciona con violencia.

## 5.6 Sandibel.

A petición de su analista concerté una cita con la mamá de Sandibel al llegar a su domicilio me encuentro con dos jóvenes y la madre de Sandi, es hasta que la madre me hace notar la presencia de ella que la veo a pesar de su atuendo llamativo. Sandibel había pasado desapercibida para mí.

Ella es una chica de 18 años estatura regular con blusa ombliguera y pantalón a la cadera y muy ancho de las piernas lleva el pelo azul y le cuelga un chupo de bebe en el cuello ella es de rasgos muy finos y de piel blanca tiempo después me enteraría que viste a la moda japonesa. Los jóvenes son sus primos, en la sala la madre me cuenta que Sandi no sabe ha que he ido yo a su casa ni que el psiquiatra llegará en breve que no sabe como explicarle que se encuentra mal solo le han dicho que tomará dos semanas de vacaciones y que después regresará a New York (N.Y.) donde ella estudia. En realidad – cuenta su madre – “tuve que ir por ella por que se la pasa hablando sobre la realidad virtual y de un mundo de bebes no sé si se tomo alguna droga o tuvo una experiencia angustiaste o si le vino un brote psicótico, me dijeron que la tenía que internar y que le tengo que dar medicamentos, de hecho ya se los estoy dando solo que a escondidas con ayuda de sus primos porque a mi no me acepta nada”.

Al llegar el psiquiatra decidimos hacerle saber a Sandi que estamos ahí por ella “hola Sandi ¿sabes porqué estamos aquí? – la interroga el psiquiatra -. “Si por que los llamó mi mamá” – contesta Sandi. ¿Y porque nos llamó tu mamá? continúa el médico, porque piensa que estoy loca replica ella. Yo estoy aquí para acompañarte intervengo yo y para que platiquemos cosas si tu quieres. Ella guarda silencio ¿qué haces Sandi? le pregunto, dibujo contesta ¿puedo ver? pregunto, si quieres me dice y comienza a describir su dibujo intercambiamos algunos comentarios ella yo y el psiquiatra y poco después el médico se despide diciéndole que se verán con frecuencia y que le pide que tome algunos medicamentos que le recetará ella dirá que sí y se despide.

Yo permanezco a su lado y le pido que me cuente mas sobre la realidad virtual (motivo de su dibujo) ella duda y me dirá que no quiere contarme nada porque una maestra de su colegio en N.Y. le pidió que le tuviera confianza y le contará con la promesa de que no diría nada y sin embargo sabe que por eso fue su mamá por ella le digo que entonces me platique solo de lo que ella quiera entonces me pregunta que hago y si tengo bebes.

Dos años después Sandi logra que su psicoanalista le permita ir a la playa donde – según su delirio- su novio vendrá por ella en una nave espacial y se irá con él y se

dedicarán a hacer la realidad virtual donde no existan los adultos sino puros bebés y la acompaño a ese viaje.

El viaje dura 5 días, viajamos con su madre y sus primos Sandi no hace más que hablarme de que vivirá en la playa con su novio en una camper que él llegara en su nave espacial y me pregunta si no quiero quedarme en la playa a vivir y traer a mis hijas conmigo yo le pregunto que pasará si su novio no llega ante lo que me asegura que si llegará.

Con dicha tensión para mí (que pasara cuando no llegue el novio de Sandi) transcurren los 5 días durante los cuales Sandi se aleja lo más que puede de la presencia de su madre y no come más que de mi plato también tira el medicamento pretendiendo engañarme además juega en la playa con sus primos y busca la compañía de niños pequeños exponiéndose a cada momento. Sin embargo es bastante dócil para seguir mis indicaciones respecto a lo que puede y no puede hacer.

Los riesgos a los que se expuso fueron los siguientes: en una ocasión se metió demasiado adentro del mar y tuvieron que sacarla a lo cual me argumentó que se metió porque cuenta con una burbuja protectora. En otra ocasión en que cedí a permanecer en la playa hasta entrada la noche la atacó un perro y la mordió, luego en una noche también se alejó de donde yo estaba por perseguir a unos niños y el papá de dichos niños completamente ebrio forcejeaba con ella pidiéndole un beso, afortunadamente le di alcance antes de que la lastimara.

La última noche casi no durmió asegurando que tocaban la puerta y durante el día siguiente antes de partir se vistió como para irse poniendo sus objetos personales en una mochilita y estuvo esperando la llegada de su novio convencida de que llegaría en cualquier momento hasta que el taxi estuvo por nosotras para llevarnos a la terminal de autobuses y regresar a México. En ese momento rompió a llorar pero no puso ningún obstáculo para partir con nosotros ya en el autobús se durmió hasta llegar a la ciudad de México, tres días después se escapó del departamento donde vivía y la acompañábamos las 24 horas. Por alguna razón al preguntarme su analista donde creía que habría ido supe que intentaría regresar en tren a una ciudad cercana a la playa así que fui con su madre a darle alcance y efectivamente la localizamos a bordo de un tren la trajimos de regreso directamente a una clínica por instrucciones de sus médicos, tiempo después tuvo que ir a vivir nuevamente a casa de su madre y volvió a escaparse, esta vez yo la acompañándola y al localizarla volvió a la clínica donde resultó sumamente difícil acompañarla pues transgredía las reglas no quería los medicamentos se negaba a comer

no quería hablar con su psicoanalista lo cual ocasionó un fuerte rompimiento entre sus dos médicos su psicoanalista reprochaba el manejo farmacológico y el psiquiatra expresaba razones para no medicarla mas se decía que Sandi cada vez se comportaba como un “cuerpo vacío” al no querer hablar ni comer ni hacer las actividades que normalmente hacía.

A solas cuando la acompañaba Sandi me hablaba, comía la comida perfectamente sellada que le llevaba, jugaba a pintarme el pelo con pintura vegetal que yo misma le llevaba y aceptaba indicaciones mínimas de lo que podía o no hacer.

Su psicoanalista no escuchaba los reportes que le hacía respecto a que el silencio de Sandi era selectivo y no su estado general tampoco escuchaba las razones del psiquiatra para no medicarla más, las acompañantes tomamos partido por uno o por otro el psiquiatra renunció y al poco tiempo yo también renuncié.

Actualmente Sandi se encuentra estable con sus acompañantes su psicoanalista y otro psiquiatra.

#### **Análisis:**

La pregunta es ¿por qué el analista de Sandibel no pudo tolerar la “transferencia negativa” la resolución más fácil para él fue culpar al psiquiatra por no medicarla bien. El hecho de que la dirección de la cura estuviera en sus manos (las del analista) significó que su palabra fuese la única genuina.

Por mi parte hay dos cosas por las que renuncié al caso la primera porque no fui escuchada y la segunda porque habiéndole sabido de que Sandibel no sabía cuidarse sola me resultó intolerable también que una persona decidiera sobre su destino -es decir- la miré completamente atrapada por su analista y en esta contradicción temí dejarla ir a pesar de su indefensión.

Nuevamente la pregunta de si Sandibel habría trascendido los límites de la estabilización si se hubiera logrado el trabajo en equipo queda sin respuesta.

Estos son algunos de los momentos vividos con algunos de los pacientes con quienes he trabajado la selección ha sido espontánea. O como diría Freud producto de la “asociación libre”: sin embargo puedo notar una intención de mi parte de aquellas interrogantes que me fueron ocupando durante estos diez años de trabajo. En el caso de Ben por ejemplo la idea era plantear algo que me pareció bastante obvio que las disputas en el equipo de trabajo reprodujeron las disputas del contexto familiar de Ben.

En el caso de Ricki el problema que se vislumbro fue esa tendencia a suponer que los actos “negativos” del paciente son siempre depositados en la culpabilidad del paciente y nunca de los actores del equipo terapéutico.

Con Alba tanto la cuestión de la diferencia del amigo calificado –es decir- el AT. Y la amistad no calificada como también el hecho de las diferentes formas de relación –léase diferentes transferencias- de acuerdo a las características personales de cada acompañante.

Con Lancelot es importante rescatar que el hecho de que la analista fuera alguien más cercano a nosotros como acompañante dado que ella se formó como acompañante en nuestro mismo grupo generó que no se localizara la transferencia negativa en uno solo de los acompañantes, en otras palabras que la analista no tuviera una jerarquía plenamente superior ocasionó un mejor desempeño del trabajo de acompañamiento y terapéutico.

Con Donovan fue crucial el hecho de que la seducción cruzara la línea de la relación terapéutica.

Y con Sandibel se observa la intolerancia que existe entre profesionales la imposibilidad de que se escuchen y se articulen las diferentes palabras de los integrantes de un equipo terapéutico la posibilidad de reconocer la transferencia negativa en el lugar del analista en un espacio diseñado precisamente para hacer que circule la palabra en función de restaurar para el paciente su lugar de sujeto.

En el siguiente capítulo analizaremos y concluiremos estas y otras cuestiones que se han ido planteando a lo largo de la presente tesis.

## CONCLUSIONES.

A partir de lo expuesto en los capítulos precedentes estamos en condiciones de hacer las siguientes conclusiones:

### **6.1 El lugar del acompañante y el asunto de la transferencia:**

Para responder la pregunta central de esta tesis respecto a ¿cuál es el lugar del Acompañante Terapéutico? podemos concluir con lo expuesto en el capítulo cuatro y cinco que la diferencia entre el lugar del analista y del acompañante difieren de forma y no de contenido y la forma es en cuanto a que el acompañante pasa más tiempo con el paciente que la función primordial es el establecimiento del Lazo Social y una vez que se establece éste lo ideal es que sirva como soporte del lazo analítico establecido ya o en proceso de establecerse con el analista, en segunda instancia se pretende como promotor de otros lazos sociales hacia fuera del equipo tratante las más de las veces lo que es sumamente difícil es establecerlo o sanearlo hacia el entorno familiar del paciente lo cual no es trabajo exclusivo del acompañante sino del conjunto del equipo tratante en el intento expreso de reintegración familiar del paciente y a través de la escucha y de los límites que se imponen a la locura familiar se busca un reordenamiento donde el paciente tenga ese espacio social que le ha sido vedado y donde el Acompañante terapéutico tiene posibilidad de incidir desde la cotidianidad familiar del paciente con su simple presencia hace que la dinámica familiar cambie, el paciente adquiere un cuerpo y un lugar todos lo miran lo observan su presencia notada solo en momentos de crisis ahora es vista en virtud de tener un acompañante lo que antes no se le preguntaba ahora se le pregunta ¿quieres, deseas, prefieres? preguntas antes no formuladas para éste ahora se hacen esto promueve en principio que el lazo social se establezca y con ello podrán irse diversificando las otras funciones del acompañamiento: amigo calificado, contenedor, auxiliar y oico, etc.

La transferencia es la misma que se origina con el analista en términos de traer hacia el acompañante una forma de relación repetida en el transcurso de su vida y en términos de acceder a un cambio en la psique del paciente muy a pesar del acompañante, o bien sin que éste lo note. El supuesto es que el analista siempre lo colegiría.

Pero también es diferente en términos de que el acompañante le da cabida a la aparición de afectos en ambas direcciones como en las relaciones de amistad.



En cuanto a la forma de relación que se establece con el acompañante sé diferencia con respecto al analista en que es menos cambiante así dependiendo de la personalidad y características del acompañante puede representarle una forma específica de relación traída del pasado mientras que con el analista esto puede ir cambiando sesión a sesión, es decir hoy lo puede investir de padre perseguidor o de objeto bueno encarnado en algún hermano y la siguiente sesión ya no, la transferencia con el acompañante en ese sentido es más estática, cambia de manera mucho más lenta por lo menos es lo que pude observar en los casos más largos en los que he participado como con Ben de principio a fin sus acompañantes representamos la misma categoría filial lo que frecuentemente cambiaba al menos al inicio era la carga positiva a negativa y viceversa de la transferencia con respecto a los mismos objetos (léase acompañantes) hasta que por la forma en que funcionó el equipo y por las razones individuales planteadas en el capítulo 5 la transferencia negativa se instaló en el acompañamiento que yo realizaba.

Con Alba con quien no logramos trabajar en equipo debido a sus constantes cambios de terapeuta la transferencia con sus acompañantes se mantuvo igual en cuanto a la representación que le significamos aunque aquí no podría yo usar el calificativo de “filial” puesto que al parecer le representamos a ella misma en diferentes momentos de su vida, la polaridad de la transferencia también cambiaba con cierta frecuencia, es decir iba de positiva a negativa debilitándose el lazo social y restaurándose progresivamente excepto con quien le representó el éxito profesional que ella había logrado, con esta acompañante la transferencia fue completamente “negativa” hasta romperse definitivamente el lazo social. y digo que fue la única excepción porque aunque actualmente solo yo la acompaño con la otra acompañante quien hacía danza y estudiaba la maestría Alba la recuerda con estimación y simpatía.

Con Sandibel eran su analista y su psiquiatra los receptores de la transferencia negativa, siempre fueron sus perseguidores y quienes tenían la autoridad para otorgarle cosas como permisos y un lugar propio para vivir, a sus acompañantes nos veía siempre como a sus “cómplices” para transgredir las reglas que le imponía su psiquiatra y como sus compañeras de juegos en ese mundo infantil donde ella quería vivir.

La diferencia de lugar entre su analista, su psiquiatra y sus acompañantes Sandibel lo ubicó a través de la autoridad que tenían ellos y no nosotras y así lo asumimos también quienes la acompañamos. Este caso fue el que mejor se trabajó en equipo curiosamente fue el recurso de la autoridad lo que se antepuso a la escucha de las diferentes miradas del caso.

## **6.2 La cuestión de la escucha, alcances y limitaciones del Acompañamiento terapéutico:**

Si me hubiera empeñado en buscar una definición de los equipos terapéuticos diseñados para el tratamiento de un caso diría necesariamente que son espacios de circulación de la palabra la sorpresa es que no son tales sea por razones individuales (no quererse exponer a la crítica) y por razones de equipo si las individualidades que no se quieren exponer a ser criticados no hablan de ciertos temas es porque el grupo no da esa apertura. Lo curioso es que tratándose de espacios psicoanalíticos el tema “tabú” sea el mismo tema que le da origen y sustento al psicoanálisis “la sexualidad”. Con Donovan lo podemos apreciar nítidamente aunque puedo decir que en todos los casos ocurre y depositar la responsabilidad exclusivamente en el acompañante trasgresor no resuelve nada puesto que si se hubiera conocido a tiempo lo que estaba ocurriendo con su acompañante se hubiera evitado por lo menos que éste dejara el análisis. Mi especulación al respecto es que lo que le quitó la vida a Donovan no fue el haberse involucrado con su acompañante sino que ello lo llevó a transgredir otros límites como el ingerir drogas y dejar el análisis, las drogas creo yo ocasionaron el paro cardiaco. Ya antes había transgredido ese límite sexual estando en un “anexo” desintoxicándose tuvo relaciones con la enfermera del lugar y específicamente durante uno de mis acompañamientos con él se me presentó completamente desnudo ante lo cual le di la espalda y salí de la habitación y sin ningún reproche en mi tono de voz le indiqué que cuando estuviera vestido me avisara. Cuando comenté esto en el equipo no tuve ningún comentario al respecto solo recibí miradas de desaprobación. Esta situación era muy similar y frecuente en las juntas de trabajo.

El trabajo en equipo es el que más posibilidades tiene de contener como de promover la socialización hacia afuera porque la actitud del paciente es regulada frente al equipo y no frente a uno solo de los acompañantes además dados los diferentes intereses que se pueden desarrollar en cada acompañamiento el paciente va teniendo acceso a diferentes círculos sociales, mientras que con uno va a tomar el café a conciertos o a jugar billar con otro comparte otras actividades diversificando los espacios donde desenvolverse. El problema es cuando en alianza con el paciente se descalifica el trabajo de otro acompañante lo cual no significa dejar de escuchar al paciente pero es importante no pasar de otorgarle credibilidad a hacerse “cómplice” de esa lógica de descalificación dejando de lado el análisis de lo que ocurre. Dicho análisis es propio de las juntas de trabajo mientras que frente al paciente se requiere una escucha neutral.

Con Ricki por ejemplo era patente la actitud de descalificación hacia la acompañante que agredió, descalificación aun manifiesta frente a Ricki y nunca hablada frente a la acompañante en cuestión hasta que después del acto agresivo el equipo se unifica para enjuiciar a Ricki.

Con todo si se logra mantener una buena transferencia intra- equipo y se logra hacer de éste un verdadero espacio de escucha donde todos y cada uno de los integrantes incluido el psiquiatra y el analista hablen con honestidad al margen de las jerarquías y no se está a la caza del error en el otro, el equipo se conforma en el mejor vehículo de contención, socializador y punto de partida para que el paciente conquiste un espacio social para sí conjurando su alienación.

Sin embargo el acompañamiento a solas, es decir al margen del trabajo de equipo no está desde mi punto de vista anulado, la profesionalización del acompañante le da los requerimientos necesarios para obtener logros sin la regulación que el equipo supone, la ética, la capacidad de escucha y el establecimiento de una relación “no patógena” para el paciente esta dada por la profesionalización del acompañante y su autorregulación por su propio análisis.

Y cuando digo “el trabajo a solas” no significa que el acompañamiento por si mismo sea el único medio de curación para el paciente pero no es requisito indispensable la comunicación con los otros profesionistas que intervienen en ello. Existen psicoanalistas que prefieren no tener comunicación alguna con los acompañantes y que no es el caso con Alba acá más bien el asunto a sido no estar de acuerdo con los acompañamientos pero tampoco su analista ha podido estar en posición de prohibírseles a la paciente.

El año próximo pasado por ejemplo, fui convocada por una psicoanalista a acompañar a una paciente, el acompañamiento duro nueve meses durante ese tiempo la analista nunca se comunico conmigo pero por referencias de la paciente misma yo sabía que el asunto de los acompañamientos era objeto del psicoanálisis de la paciente, de hecho la decisión de darle un termino al acompañamiento fue tomado en ese contexto analítico, fue hasta entonces que a iniciativa mía me comuniqué con la analista para informarle como había sido la conclusión de mi acompañamiento.

Esta forma de trabajo tiene sus ventajas también, más para el acompañante que para el paciente porque el acompañante se mueve con mayor libertad no esta sujeto a examen permanente, el psicoanalista apoya el trabajo del acompañante desde el espacio analítico y el acompañante apoya el trabajo del psicoanalista desde su espacio como

acompañante, las decisiones con respecto al acompañamiento son habladas primero entre el paciente y el acompañante y la decisión la toma éste último en su psicoanálisis además las decisiones que le competen al acompañante no son constantemente cuestionadas y el inconveniente es que las posibilidades de socialización para el paciente se reducen.

Otra ventaja y esta sí para el paciente es que la información del historial clínico no es de dominio público puesto que pareciera ser que conocer los pormenores de un caso trae consigo un mejor desempeño como acompañante, desde mi experiencia creo que no sucede así pues el conocer al paciente por otras personas determina la actitud con que el acompañante se acerca a éste por ello y por decisión propia cuando he sido convocada a hacer un acompañamiento con un nuevo paciente le pido al analista no saber del caso hasta que yo le conozca por mi misma, los únicos datos que me interesan de un paciente antes de conocerlo son: nombre, sexo y edad el resto prefiero conocerlo en primera instancia escuchando al paciente.

### **6.3 La cuestión del poder y la libertad**

Los ejes principales involucrados en el proceso de desalienación del paciente es lograr **“interpelo como sujeto”** conjurando los dos niveles de exclusión, la interna y la externa que hacen del paciente un mero transmisor de la locura de su entorno. .

En los equipos terapéuticos observamos una “necesidad” de ser importantes para el paciente las juntas de trabajo se convierten en una exposición de los logros que se tienen en la relación con este que se manifiestan con expresiones tales como: “conmigo hace” “a mí me dice” etc. Se puede percibir una real competencia que de principio resulta muy sana y propiciatoria de un lugar para el paciente al ser el centro de atención, sin embargo cuando las cosas empiezan a ir mal para alguno (s) de los integrantes del equipo los narcisismos (en el sentido de quien es el mejor) la competencia se transforma en una disputa por el paciente y su lugar se anula por el “jaloneo” al que se ve sometido, la locura se apropia de las relaciones intra-equipo no solo es el paciente el que repite las formas de relación con los otros sino que los otros ahora su equipo tratante reproduce una trama similar a la forma de su relación familiar, si no tal cual si en cuanto algunos elementos importantes de cada caso como vimos en el caso de Ben si esto que ocurre pudiera discernirse al margen de las jerarquías habría mayores posibilidades de superar la estabilización de los pacientes; sin embargo es un golpe de fuerza lo que trae la resolución del conflicto y ese golpe de fuerza es el ejercicio del poder de quien se considera dueño del caso, nuevamente el lugar del paciente es referido a su dueño

anulando su devenir al margen de esa pertenencia, por ello el destino de los pacientes ha sido la estabilización que le procura un lugar aunque este sea de subordinación.

La conclusión principal referente a este punto es que la locura y su cura están íntimamente ligadas en la promoción de la libertad para el sujeto, no puede haber libertad ahí donde no hay sujeto, la libertad es relativa al sujeto de la historia con su posibilidad de incidir en ella.

Por ello si nuestros mecanismos de inclusión funcionan habrá un cambio en la estructura del sujeto que le de una individualidad y con ello un devenir como sujeto de la historia. El poder que lo excluye creó una bifurcación donde las inscripciones fallaron y en un intento de curación creó el delirio por donde se filtran las palabras de otros de quienes está sujeto.

Hacerse de un lugar y de una palabra propia que posibilite su devenir es el reto y el Acompañante Terapéutico puede coadyuvar a que este reto se cumpla, sin embargo sus alcances dependen de la profesionalización de su trabajo lo cual tiene que ver con su formación y análisis personales como de la profesionalización de los demás integrantes de un equipo que permita una real interlocución de equipo anulando las jerarquías que no los distintos lugares de incidencia.

Por último me quiero referir al asunto de sí el Acompañante Terapéutico se circunscribe solo al campo de las psicosis, desde mi punto vista no puesto que ha habido pacientes no diagnosticados como propiamente psicóticos y sin embargo el acompañamiento ha tenido sus logros aun y cuando la nosología no sea clara Y por otro lado habrá casos que aun considerados dentro del campo de la psicosis donde el Acompañamiento Terapéutico no sea la alternativa a seguir para los cuales habrá que pensar en otro tipo de intervención que al igual que con el Acompañante Terapéutico se logren restablecer los lazos sociales perdidos.

#### **6.4 Consideraciones finales.**

El Acompañante Terapéutico ha ido conformándose en un elemento de vital importancia en el tratamiento de la psicosis a través de su trabajo pasó de ser un simple auxiliar para el psicoanalista en una figura central en el empeño de hacer que la locura hable de sí misma, que ésta ya no sea narrada por “otro” desde una racionalidad que la excluye y la silencia; el mecanismo de la “transferencia” en un doble movimiento permite reproducir escenas del pasado para identificar aquello que por efectos de la forclusión no fue inscrito además de producir un movimiento de inscripción a posteriori desde el lugar mismo en que la historia de un sujeto fue detenida, la transferencia como

proceso y como acto es creador de lo humano, el dispositivo psicoanalítico cerrado tuvo que abrir las puertas del consultorio para poder ir a interrogar a esta locura y aprender más del hombre de sus procesos de estructuración, de individualización y para ello propone el lazo social denominado Acompañante Terapéutico.

No fue ni espontánea ni fortuita la elaboración de esta propuesta sino que respondió a la necesidad que urgía a la locura de abrirse paso desde el encierro haciéndose notar dibujando su rostro exigiendo su derecho a hablar de los excesos que el hombre comete contra sí mismo y su libertad, poniendo en tela de juicio los diferentes momentos en que su razón actúa en contra de sí mismo. Es en aras de la razón que se encierra a los mendigos no solo en la época clásica sino en la actualidad las ong,s y sus proyectos asistenciales no hacen más que crear espacios de reclusión para las poblaciones que eligen ayudar como los niños de la calle que se esconden en las coladeras para no ser asistidos y los centros de readaptación social son todo menos eso, a un siglo de que Foucault mostró lo que el encierro produce aun no se cambian los sistemas de salud mental para la sociedad la alternativa principal siguen siendo los psiquiátricos y la camisa de fuerza farmacológica. La alternativa aquí planteada donde el Acompañante Terapéutico es figura central es una práctica clínica privada cuyos costos no permite el acceso a los grandes sectores que viven en la marginalidad.

Con todo el Acompañante Terapéutico representa una alternativa mediante la cual podemos saber más acerca de la locura, su cura y de ese mecanismo dialéctico propuesto por el psicoanálisis como medio de estructuración y saneamiento –esto es- la “transferencia” que como vimos Freud consideró que los pacientes psicóticos no era posible psicoanalizarlos por que en ellos no se podía establecer transferencia, Lacan avanza un paso más al desligarla de los sentimientos afectivos y situarla como acto pero el problema aun así no queda del todo resuelto y por ello en la práctica se hace necesaria la aparición del Acompañante Terapéutico quien reúne afecto y acto lo cual me hace llegar a la conclusión que la distinción que hace Lacan es meramente teórica que en realidad como transcurre y como opera la transferencia uno de sus caracteres lleva al otro y viceversa a pesar de la pretendida “neutralidad” del terapeuta y la cual no es tal con todo y el cuidado que se tiene en lo que se le dice o no al paciente el mecanismo de la “transferencia” lo implica como sujeto, esta implicación esta dada a nivel de notar al otro quien le sirve de espejo para identificarse y diferenciarse. Lacan (1984), considero que a lo que Lacan se refería con neutralidad era en no hacer uso de esos afectos para adoctrinar y ante esto hace la desligación teórica entre el aspecto afectivo de la

“transferencia” y el acto que a decir de él “fue lo que la mostró como eficaz en el análisis”. En el que- hacer del Acompañante Terapéutico vemos aparecer el acto y el afecto cuando lo que se espera de estos pacientes es indiferencia ocurre que como con Ricki se esmeraba en asistir a sitios donde se interpretaba la música que a mi “su acompañante” le gustaba. O con Alba, la vemos elegirme música, películas, que por estar ocupada con mis hijas no había tenido oportunidad de escuchar y de ver. Con Sandi observamos como viviendo en un mundo infantil me incluía que soy adulto cuando en su plan de vivir en la playa me pide que vaya con ella y lleve a mis hijas. Son situaciones como estas donde vemos aparecer el interés y el afecto humanos al tiempo que la eficacia de la “transferencia” hace acto ahí en el lugar del acompañante terapéutico, cuando a Ricki le digo para calmar su angustia que aunque nos vayamos (sus acompañantes) ¡siempre volvemos! esto le hace desistir de la idea de internarse, con Israel de quien hablamos en el capítulo cuatro, se abre al diálogo cuando a través de una frase acuñada entre los dos “de que se trata el vivir” se establece un tema de conversación y su interés por el tratamiento analítico.

Estos son solo unos ejemplos de un tema aun sin abordar y que es la relación entre los afectos y la acción de la transferencia lo cual para mi son dos aspectos del mismo mecanismo y teorizar sobre éste nos puede dar mucha información sobre las grandes preguntas que del hombre se ha hecho la humanidad, un medio efectivo para hacerlo es desde el trabajo del Acompañante Terapéutico figura que no es mi interés mitificar tan solo es en este momento un excelente recurso para saber de la transferencia, de la locura y de su cura y de los caminos que llevan a que el sujeto conquiste su libertad.

## REFERENCIAS.

- 1) DAVOIN, F. (1992) Folieadue En: **LA LOCURA WITTGENSTEIN** p. 73-81  
México DF. Epeeel.
- 2) DAVOINE, F. Y GUDILIERI, J. M. (1999) **LOCURA Y LAZO SOCIAL**.  
Seminario impartido en la Delegación Tlalpan los días 1,2, y 3, de noviembre de 1999.  
el cual forma parte del intercambio de trabajo entre Centro Monte alban A.C. y Centre  
Hospitalier Sainte-Anné, con el apoyo de CONACYT-inserm.
- 3) FOUCAULT M. (Ed.) (1967) **HISTORIA DE LA LOCURA EN LA ÉPOCA  
CLÁSICA TOMOS I Y II**.  
FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- 4) FREUD S. (1974) “La naturaleza de lo psíquico” En: **EL ESQUEMA DEL  
PSICOANÁLISIS**” p. 107-114  
El libro de Bolsillo Alianza Editorial.
- 5) FREUD. S. (1990): “Sobre un caso de paranoia descrito auto- biográficamente”  
(Caso Schreber) (1911 {1910})En **OBRAS COMPLETAS**:  
p. 1-55. Tomo X11 Amorrortu Editores
- 6) FREUD. S. (1990): “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912) En: **OBRAS  
COMPLETAS**” p. 93-106. Tomo X11 Amorrortu Editores.
- 7) FREUD S. (1990) “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”. (Nuevos  
consejos sobre la técnica del psicoanálisis. 111) (1915- 14)  
En: **OBRAS COMPLETAS**. p. 159-174  
Tomo X11 Amorrortu Editores,
- 8) FREUD S. (1990): 27 Conferencia “La transferencia”. (1915- [1914]) En: **“OBRAS  
COMPLETAS”** p. 392-407. Tomo XVI Amorrortu editores.
- 9) BENEDETTI, B. (1996) **LA ESQUIZOFRENIA EN EL ESPEJO DE LA  
TRANSFERENCIA**  
Edelp. ECOLE LACANIENNE DE PSYCHANALYSE.
- 10) LACAN J. (1984) “intervención sobre la transferencia” En: **ESCRITOS 1**  
Editorial siglo XXI.
- 11) LACAN J (1981) “la tópica de lo imaginario”. (1953-4) En: **Seminario 1.**  
**ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD**. p. 119-140.  
Editorial Paidós. Buenos Aires- Barcelona, México.



- 12) LACAN J. (1981) “¡El lobo! ¡El lobo!” (1953-4) En: ***Seminario 1. ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD***, p. 141-166  
Editorial Paidós. Buenos Aires- Barcelona, México.
- 13) LACAN J. (1981) “Sobre el narcisismo” (1953-4) En: ***Seminario 1. ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD***, p. 167-181  
Editorial Paidós. Buenos Aires- Barcelona, México.
- 14) LACAN J. (1981) Los dos narcisismos. (1953-4) En: ***Seminario 1. ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD***, p. 183-196  
Editorial Paidós. Buenos Aires- Barcelona, México.
- 15) LACAN J. (1981) Ideal del yo y yo ideal. (1953-4) En: ***Seminario 1. ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD***, p. 197-215  
Editorial Paidós. Buenos Aires- Barcelona, México.
- 16) LACAN J. (1981) ZEITTLICH-ENTWICKELUNGSGESCHICHTE. (1953-4)  
En: ***Seminario 1. ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD***, p. 217-240  
Editorial Paidós. Buenos Aires- Barcelona, México.
- 17) LACAN J. (1981): “Introducción a la cuestión de la psicosis” (1953-4) En:  
***Seminario III: LAS PSICOSIS***. p. 11-85.  
Ediciones paidós. Buenos aires- Barcelona. México.
- 18) MONTOYA, A. (1997) ***EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO***. Una intervención dentro de la clínica psicoanalítica de la psicosis.  
REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL.
- 19) NIETCHE F. (2002) ***ASÍ HABLÓ ZARATUSTRA***.  
Alianza Editorial.
- 20) ROSSI Y PULICE. (1994) ***ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO***,  
Aproximaciones a su conceptualización.  
Buenos Aires. Bóveda.
- 21) SOL APARICIO. (1992) ***“DE LA VERDRANGUNG A LA FORCLUSION”***  
ESCANSIÓN 1. PUBLICACIÓN PSICOANALÍTICA.  
Buenos aires Barcelona. Paidós.
- 22) KURAS, S. (1985) ***ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y PACIENTES PSICÓTICOS***. Buenos Aires. Trieb.