



Vol. 16 No. 4

Diciembre de 2013

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA. ELEMENTOS PRINCIPALES Y LA NARRATIVA DE UN EJERCICIO DE SU APLICACIÓN

Marco Antonio Macías Terríquez¹

Organización Puente de la Institución a la Sociedad Asociación Civil
México

RESUMEN

Se presenta una disertación sobre la práctica del Acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica dividida en tres partes: I) Desde la postura de la política psicoanalítica se despliega una crítica a las políticas asistencialistas y sus consecuencias subjetivas dirigidas a personas consideradas con discapacidad por padecer trastornos mentales graves –también llamados psicóticos– acompañada por una propuesta donde se conjuga la intervención interdiscursiva orientada psicoanalíticamente para la rehabilitación del *Lazo social*. II) Una síntesis de los elementos del Acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica: sus antecedentes, las disposiciones teóricas de referencia, la estrategia de aplicación y los fines de esta práctica; una consideración del “perfil” del Acompañante; así como cuestiones para su puesta en acción como parte de un dispositivo de atención interdiscursivo dirigido a sujetos psicóticos. III) Precedido por la descripción de una Asociación Civil que procura la atención a personas con trastornos graves, asentada en la ciudad de Guadalajara, México, y como parte del establecimiento del sistema de atención interdiscursiva, se narra

¹ Psicoanalista. Maestro en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de Querétaro. Línea de trabajo: *Teórico-clínico con las psicosis*. Licenciado en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Responsable del Área de Psicología Clínica en Organización Puente de la Institución a la Sociedad Asociación Civil en la ciudad de Guadalajara, México. Correo electrónico: maciasterriguez@gmail.com

una experiencia de aplicación del Acompañamiento terapéutico con un sujeto con un padecimiento psicótico (esquizofrenia): el proceso de acercamiento, vinculación y el establecimiento de un Lazo social entre los implicados; así como las modificaciones en las condiciones clínicas (signos y síntomas) y el entorno social inmediato; finalizando con un comentario relativo a la condición de desamparo institucional del sujeto de atención y las dificultades de prosecución del tratamiento.

Palabras clave: Acompañamiento terapéutico, Psicoanálisis, Psicosis, Lazo social, Asistencialismo.

THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT WITH PSYCHOANALYTIC ORIENTATION. PRINCIPAL ELEMENTS AND THE NARRATIVE OF AN EXERCISE APPLICATION

ABSTRACT

We present a lecture on the practice of psychoanalytically oriented therapeutic accompaniment divided into three parts: I) From the psychoanalytic policy stance unfolds a critique of welfare policies and subjective consequences directed at people considered disabled by severe mental disorder-also called psychotic-together with a proposal which combines interdiscursive oriented therapy intervention for the rehabilitation of the *Social tie*. II) A synthesis of the elements of psychoanalytically oriented Therapeutic accompaniment: its history, theoretical reference provisions, the implementation strategy and the purpose of this practice, a consideration of the "profile" of the Accompanying, as well as implementation issues for action as part of a managed care device interdiscursive psychotic subjects. III) Preceded by the description of a civil association that seeks care for people with serious mental disorders, settled in the city of Guadalajara, Mexico, as part of the establishment interdiscursive care system, narrates an experience of application of Therapeutic accompaniment a subject with a psychotic illness (schizophrenia): the process of approaching, and establishing links one Social tie between those involved, as well as changes in clinical conditions (signs and symptoms) and the immediate social environment, ending with a comment on the condition of institutional neglect of the subject of care and continuation of treatment difficulties.

Key words: Therapeutic accompaniment, Psychoanalysis, Psychosis, Social tie, Assistentialism.

POLÍTICA ASISTENCIALISTA Y POLÍTICA PSICOANALÍTICA HACIA EL SUJETO PSICÓTICO

El cómo se piense al loco y a la locura determina su abordaje.

Una revisión al proceso histórico de los diferentes modelos y propuestas para atender las problemáticas subjetivas, particularmente a los sujetos psicóticos, muestra que la efectividad de las acciones no radica en la grandilocuencia de las instituciones que aglomeran a los asistidos o en la sofisticación de la estrategia de intervención o técnicas terapéuticas; sino en la capacidad que el sistema de atención tenga para incluirse en la población y alternar con los sujetos, de manera que se desdibuje la artificial división entre problemas individuales y problemas sociales (Galende, 1994).

La asistencia social (así como su extremo: el asistencialismo) y la intervención clínica o social son campos de acción diversos. Las instituciones de asistencia social tradicionalmente trabajan en la ejecución de actividades en pro de personas que consideran vulnerables o necesitadas; actividades establecidas por lógicas políticas, por grupos de personas de buena voluntad y en ocasiones acompañadas por profesionistas. El problema con estas iniciativas es que muchas veces las acciones que se proponen tienen sentido sólo para quien las plantea; ya que supone que lo que hace es lo que el usuario necesita, cosa que no necesariamente es así. El sesgo está en que, por lo general, no se le pregunta al sujeto qué desea (o al menos qué requiere).

La paradoja del asistencialismo es que anula al sujeto como actuante de su situación. Al ser un discurso científico-normativista quien dicta la forma del trato al que se debe someter el sujeto psicótico se actúa desde una exterioridad. Las instituciones asistencialistas llegan a alienar la identidad del sujeto; un internado puede asumir el cuerpo de la institución en su propio cuerpo (Basaglia, 1968).

Es necesario desubicar a la práctica de asistencia al sujeto psicótico como una exterioridad a la persona en tanto se le considera "objeto de atención". El giro implica situar a un sujeto *en* atención mediante un dispositivo de intervención que tenga en cuenta el conjunto amplio de situaciones implicadas en la cuestión de las psicosis: el entorno y no sólo el factor del grado de discapacidad. Habrá de

cambiarse el principio de la asistencia al enfermo individual hacia una intervención dirigida al restablecimiento del *Lazo social*.

Se trata de una apuesta diferente a la ideología del modelo político de atención masiva que ha primado tanto en México como en otros lugares del orbe. El psiquiatra e historiador Héctor Pérez-Rincón (1995), en su libro *Breve historia de la psiquiatría en México*, propone que antes de iniciar la crítica a la institución de Salud Mental médica en el país habría que aumentar el número de instituciones psiquiátricas modernas y su presupuesto financiero (pp. 55-7). Sin embargo no es solo cuestión de instalaciones y dinero, sino del cómo las lógicas de atención impactan al sujeto. Las instituciones o sistemas de atención (hospital, asilo, centro de salud, comunidad, casa de medio camino, entre otras) no son en sí mismos terapéuticos.

El colocar al sujeto psicótico como discapacitado *per se* está fuertemente arraigado a una vetusta asimilación de lo psicótico a la incapacidad intelectual motivada por la tesis del daño en el sistema nervioso; una confusión dada por la concepción paradigmática del Trastorno del desarrollo. La anterior es una de las bases que ha sostenido un también añejo discurso manicomial con carácter de mito: la incurabilidad del psicótico, en el sentido de una perpetua permanencia de la enfermedad. Como Jaques Lacan (1981) puntualizó, hay que hacer énfasis en que *la psicosis no es del orden de las demencias* (campo de la neurología):

“Psicosis no es demencia. Las psicosis son, si se quiere –no hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra– lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se sigue llamando así, las locuras” (p. 12).

La psicosis no se reduce a condiciones y variaciones biológicas; es un campo sobre el que muchas disciplinas tienen una *Práctica de discurso*: algo que decir y algo que hacer. Es el caso del Psicoanálisis.

La *Política psicoanalítica* es una postura ética hacia el sujeto, cualquiera que sea su condición clínica, estrato social, nivel de escolaridad, orientación sexual, u otras. Es una determinación de respeto irrestricto a la forma del deseo del otro que establece un marco para el despliegue del ejercicio de la práctica y el discurso psicoanalítico. Como *práctica* el Psicoanálisis presenta una situación *sui generis*: su

dispositivo produce palabras; es decir, siempre origina otro discurso en el caso por caso. El tratamiento analítico busca *establecer la toma de la palabra por el psicótico en tanto sujeto deseante*. Es una alternativa viable de atención y tratamiento a las psicosis, en tanto su Método se adecue a las condiciones del sujeto psicótico y el objetivo del tratamiento gire en torno a las posibilidades de cada sujeto para crear un vínculo o Lazo social. La rearticulación social apunta a que el sujeto sostenga un lugar en su comunidad y realice proyectos personales (afectivos, familiares, educacionales, laborales, artísticos, por mencionar algunos).

Se ha encontrado que las psicosis, en tanto problemáticas clínicas, pueden remitir; pero la convalecencia, las perspectivas de recuperación y el proceso de reinserción en el núcleo social cambian cuando hay una atención cercana y prolongada. Atención que el Psicoanálisis propone como vía de tratamiento.

El presente documento es resultado de la experiencia de quien lo suscribe como parte de un proceso para poner en marcha un Proyecto de atención clínica con orientación psicoanalítica en una Asociación civil creada para el apoyo al sujeto psicótico en la ciudad de Guadalajara, México. Se trata de un sistema interdiscursivo de atención con dos tipos de actores: *Intervinientes clínicos*: Psicoanalista y Psiquiatra e *Intervinientes sociales o Actores para el Lazo social*. Algunos de estos agentes para el Lazo social tienen una función que procura el cuidado extramuros y prescindir del asistencialismo para evitar el estancamiento del proceso de recuperación; otros, cuya función no es la atención directa a la problemática clínica del sujeto procuran también el despliegue de actividades externas.

Los desempeños de los Actores desde el Lazo social pueden ser ubicados en figuras que tienen diligencias articuladas: El *Acompañante terapéutico*, el Asistente social y los colaboradores para las Vinculaciones socio-culturales. La bondad de un equipo interdiscursivo radica en que la acción conjunta permite que el sujeto de atención acceda a las vías de sostén subjetivo, estabilización de su cuerpo y enlace social. Se busca que por medio de un trabajo guiado por una política psicoanalítica el sujeto psicótico construya en la *praxis* una forma de vivir propia; en la que su situación no sea la condición de ningún tipo de exclusión.

El rompimiento del Lazo social

Son conocidos los problemas clínicos que se presentan en las psicosis según el abordaje médico (síntomas “positivos” y “negativos”), los conflictos en el entorno del sujeto que estos conllevan y las perspectivas teóricas que desde la ciencia se han formulado sobre este padecimiento. Pero desde la perspectiva psicoanalítica es necesario abundar en el factor de la afectación del *Lazo social* en el que el psicótico se ve envuelto. Una noción de *Lazo social* ofrecida por Apollon (1990) permite dar un punto de partida:

“El lazo social es la capacidad del sujeto de negociar la satisfacción y la coexistencia con otros en la lengua de la sociedad que por sus valores y sus leyes, define las reglas del juego de esta negociación (...) es el modo en el cual, para un sujeto dado, toma lugar la heterogeneidad de su deseo o de su posición subjetiva en el orden simbólico que rige su relación con los otros” (p. 72).

Aunque los implica, el *Lazo social* no se reduce a la comprensión y la tolerancia. Tampoco es sinónimo de la idea rousseuriana del “Contrato social” (un acuerdo explícito o implícito de regulación de la convivencia y orden social en una comunidad o Estado) que conlleva una relación entre individuos basado en el entendimiento mutuo.

En el caso de la locura, la dificultad entre “el loco” y “el cuerdo” para entenderse es inviable mientras existan las distinciones sano–enfermo, normal–anormal. Lo anterior debido a la no concordancia que desde René Descartes se ha establecido entre la razón y la locura. A este respecto, Iván Gonzales (2006) puntualiza:

“No hay que confundir el matiz del lazo social con cualquier tipo de vínculo con el otro. Hay vínculos locos que lejos de resolver un estado de locura, lo acentúan o cronifican. *El lazo social es un tipo específico de relación con el otro, en donde el loco reivindica su condición de sujeto incierto que no actúa constante ni incondicionalmente dentro del universo de lenguaje socializante* [Subrayado de mi autoría]” (p. 95).

Un “lenguaje socializante” que se caracteriza por el carácter dialéctico de las palabras o significantes que lo conforman; dialéctica ante la cual el sujeto psicótico manifiesta su condición.

La presencia de los semejantes que articulen lo social y la cotidianidad.

Los modelos asistencialistas tradicionales y los tratamientos tendientes a la normalización del objeto de atención según la concepción de psicosis como “deficiencia” comparten las siguientes características: interdicción, sujeción física o química y regulación de la conducta. En ese contexto el personal hospitalario o asilar (vigilante, enfermero, cuidador, etcétera) por lo general centran sus actividades en los cuidados materiales: la alimentación, el aseo, los hábitos de autocuidado, el entrenamiento, las actividades lúdicas o entretenimiento y hasta el adoctrinamiento moral o religioso. Este tipo de asistencia va dirigida en la mayoría de las veces a personas con discapacidad severa. Es innegable su valor y necesidad para el sujeto desvalido; pero su tendencia es a sustituir, reemplazar y relevar al discapacitado.

No obstante, para procurar el restablecimiento del Lazo social con el sujeto psicótico que esté en capacidad (al menos en posibilidad) de valerse por sí mismo, se requiere de la actividad coordinada de personas que actúen con él en la comunidad y la cotidianidad social para estatuir y operativizar una *red social*; la constitución de una red de apoyo en la subjetividad. Lo que el discurso de la Salud mental ha denominado técnicamente como “intervenciones psicosociales avanzadas”; pero acá la cuestión no es tomada como un asunto “técnico”, aquí se les nombra Actores para el Lazo social.

Las acciones desde la subjetividad para el tratamiento de las psicosis procuran responder a tres situaciones:

1º Tienen lugar ante momentos de detención del tratamiento clínico (psicoanalítico) y el farmacológico. 2º Procuran fomentar o crear una red de acompañamiento, contención y sostén. 3º Parten de la idea de que el contacto con el *otro* como representante de lo social ha de ser factor en la reanudación, refuerzo

o formación de un nudo (si de este el sujeto careciera) para los puntos de falla en la estructura psicótica; facilitando la entrada al discurso común y el Lazo social (Rodríguez y Lueiro, 2011 p. 110).

EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

La noción “Acompañante terapéutico” surgió en Argentina en la década de los sesentas como un intento de modificar las lógicas asistencialistas de los manicomios (propuesta precedida por el modelo de *Hospital de día*). A partir de entonces se ha extendido por varios países como una actividad profesionalizada del ámbito de la Salud mental en la atención de adultos mayores e infantes en situación de vulnerabilidad o discapacidad, al igual que con los familiares. *Es especialmente pertinente como parte del proceso de reincorporación familiar y social consecuente a la desinstitucionalización psiquiátrica*. Sus bases discursivas están en el Psicoanálisis, la Antipsiquiatría y la Psiquiatría comunitaria; adyacentemente se emparenta con las experiencias de desmanicomización en Italia, la Psiquiatría social/comunitaria de los Estados Unidos, entre otras. En la República Mexicana hay presencia de esta práctica en localidades como la Ciudad de México y Monterrey en hospitales psiquiátricos particulares y espacios de asistencia terapéutica (Avendaño, 2008 pp. 109-212); pero no es aún una actividad profesionalizada, ya que apenas empieza a difundirse en contextos académicos como la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro (Macías, 2006) (Rossi, 2007 pp. 20 y sig.).² En fechas recientes se han llevado a cabo en México y otras latitudes congresos sobre esta práctica.

Considerado como *práctica de discurso*, unas premisas pueden ubicar sus coordenadas dentro de la política psicoanalítica:

- La práctica del Acompañamiento es formalizable en un dispositivo
- Funda un campo de intervención siempre inédito

² En Manson (2002) se puede encontrar una serie de reportes del Acompañamiento en diversos escenarios clínicos y sociales; así como el proceso de legitimación como actividad profesional, tanto en instituciones como universidades en Argentina.

- Actúa en situaciones donde se articulan los órdenes de los *Simbólico*, lo *Imaginario* y lo *Real*
- La condición clínica del sujeto de atención es parte de las situaciones
- Sujeto de atención y Acompañante comparten las situaciones, pero no las ocupan del mismo modo
- La práctica es situación por situación
- Como parte estratégica de un *Proyecto clínico*, es un elemento para la producción de subjetividades
- El Acompañante *sostiene la posición ética del Psicoanálisis* ante el sujeto psicótico (Ingrassia, 2002 pp. 61-4 y Rossi, 2002 p. 102).

Como *definición* de “Acompañante terapéutico” se puede indicar que:

“...es un *recurso clínico especializado* que opera desde un *abordaje psicoterapéutico*, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento interdisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas.

Se desempeña especialmente en forma ambulatoria, en el entorno habitual – familiar y social– del sujeto: domicilio, calle, bares, cine, clubes, parques, shopping, escuela, etcétera. Busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover el desarrollo de un proyecto terapéutico y para esto se vale de la *cotidianidad*. Su acción se desarrolla en el territorio urbano, en el espacio y el tiempo cotidiano del paciente” (Rossi, 2007 pp. 44-5).

El Acompañante terapéutico funge como un asistente o *testigo* de los actos del psicótico; tiene una afinidad con la *función secretario* del psicoanalista. Es alguien que provee compañía y procura la consecución de un *programa para lo cotidiano*, como parte de un proyecto terapéutico diseñado para un sujeto de atención en particular.

En tanto entroncado a la política psicoanalítica de orientación lacaniana, ubica la condición del psicótico en el campo del habla:

“Si se reconoce el delirio como uno de los puentes privilegiados, a través de los cuales el psicótico adviene al campo del lenguaje, el acompañamiento terapéutico se convierte en parte del dispositivo de tratamiento, que en sí mismo implica al lazo social” (Gonzales, 2006 p. 95).

Como “auxiliar” o “complemento” de un proyecto clínico no es una variación o suplencia del tratamiento psicoanalítico o el médico. No se enrola en la función de un guardián o “padrino” que vigile, confronte y obligue al loco a “comportarse correctamente”; ya que no juzga moralmente el comportamiento y no critica ni verifica los dichos o la realidad de lo que el sujeto en atención expresa.

Aun siendo un semejante que se interesa por el sujeto psicótico, las motivaciones del Acompañante no están dirigidas por el altruismo o el sentimiento compasivo que en ciertas situaciones de asistencia se puede detectar: el interviniente, guiado por una suerte de conmiseración “adopta” al paciente; reacción también conocida como “enganche”. *No es un amigo ni hace caridad, como tampoco es un sirviente o una “dama de compañía”; del mismo modo no está a la orden de las demandas familiares ni de los discursos morales o los postulados de la ciencia normativista.* Su presencia se sostiene por las interrogantes que le produce el encuentro con la locura; duda acerca del cómo actuar y el qué decir que a la vez lo convoca; este es el *enganche* al que se presta el Acompañante (Rivarola, 2002 pp. 18 y sig.). Es un agente social y parte de una estrategia de tratamiento como *representante del otro social*.

Que el Acompañante no sea un paje del sujeto de atención ni esté para satisfacer exigencias no quiere decir que no responda a lo que le solicita una situación o escena emergente. La pregunta ¿a qué responde el Acompañante? requiere algunas indicaciones provenientes de quienes han ejercido esta labor:

“No es raro que el acompañante sea demandado a cierto lugar de: cuidador, guardián moral, etcétera, ya que en los acompañamientos se deslizan y ponen en

juego algunas de estas cuestiones: ver, mostrar, avisar, informar, estar alerta, vigía, en guardia... Éstas [...] se vehiculizan en pedidos y demandas que el acompañante escuchará y decidirá en todo caso: qué avisar, qué informar, qué mirar. Esa decisión, orientada por el marco que debe dar la dirección de un tratamiento, lo confronta cada vez con lo específico de su función, que es siempre a construir, en cada caso” (Fantinato, 2002 p. 36).

En relación a lo aparentemente nimio de la actividad de acercarse al sujeto psicótico y platicar con él, invitarlo a una actividad deportiva o de esparcimiento, Marco Macías (2006) puntualiza:

“... el solo hecho de que pueda haber alguien que mire a esa persona sin temor, sin burla, sin menosprecio o enfado, esa mirada y la presencia que logre tener, es ya suficientemente importante para el enfermo, pues sabemos que no es cualquier cosa detenerse y querer escuchar a la locura cuando habla, entendiendo la locura como un tipo de discurso, que además pasa a ser público” (p. 103).

Una presencia que adquiere valor de *soporte transferencial* al presentársele al sujeto de atención a alguien con quien puede dialogar. Que su discurso delirante se transforme en narrativa, pase por la re-historización y la construcción de un encadenamiento de significantes que den soporte al propio sujeto (pp. 104-5).

La figura del Acompañante enmarca los límites del discurso psicótico y hace surgir las fallas del entramado delirante en la solución de dificultades diarias de la vida en una urbe. Muestra al sujeto psicótico que sus palabras y actos tienen consecuencias en lo público. Genera las condiciones para el sostén de la cotidianidad y al sustraer la atención del sujeto hacia otros intereses cotidianos – pero vitales para el orden de lo social– que la condición psicótica puede tornar considerablemente difíciles de solventar (Bélanger y Riou, 1990 pp. 152-5 / Gonzales, 2006 p. 124 / Rossi, 2007 pp. 12 y 43).

Tocante a sus *funciones terapéuticas*: sostiene la necesidad de un interlocutor; hace un relevo de las figuras familiares; permite una tramitación por la palabra, lo que favorece a que las situaciones angustiantes no rebasen al sujeto. (Rossi, 2007 p. 99). A nivel de la intervención con la familia: funge como puente entre los

Intervinientes clínicos y los familiares para la consecución de un programa de atención. Su presencia puede ser un almohadillamiento entre los intercambios sociales, parentales e institucionales; ya que el trabajo también atiende a lo que los otros esperan del acompañado. En términos psicoanalíticos, el Acompañamiento terapéutico es un soporte para el sostén del deseo del sujeto psicótico.

Este aspecto de fungir como *punto de muelle* con el otro social (familia, comunidad, instituciones) y las cosas (objetos como el dinero, ropa, comida, de lo que puede disponer y de lo que no) solo está posibilitado por un trabajo previo: el montar un puente hacia el sujeto psicótico. Para la postura psicoanalítica el encuentro clínico no se enmarca en el *rapport*, sino que se posibilita en la *transferencia*. Como ha sido detectado por la clínica psicoanalítica, en general la transferencia psicótica o *transferencia al psicótico* es sumamente intensa. En el caso del Acompañamiento no es diverso; se trata de una “transferencia salvaje” en la que los familiares del sujeto de atención también están implicados. La transferencia es el resorte para propiciar alguna elaboración del delirio; una manera de *hacer-con* (las demandas del sujeto de atención, de la familia, del entorno) que es la base del mismo Acompañamiento:

“El analista presta la persona como soporte de la transferencia, el acompañante soporta esa otra escena enmarcada en una estrategia de trabajo. El acompañante terapéutico soporta con su cuerpo aquello del goce que no está regulado, ese IVA de la transferencia masiva.” (Anido y Sarbia, 2002 “Una lectura posible de una temporada con Ana” en Manson, p. 59).

Con el “IVA” las autoras de origen argentino se refieren al Impuesto al Valor Agregado; símil de la sobrecarga fiscal que en México también se carga a los ciudadanos por adquirir un producto o servicio (juego de palabras con la homofonía “masiva”). La convivencia con sujetos psicóticos afecta al Acompañante. Quien ha tenido la experiencia de tratar clínicamente a sujetos psicóticos sabe del efecto de cansancio físico y la sensación subjetiva de malestar que esto produce.

Las actividades donde el Acompañante hace presencia versan en una gama de acciones dirigidas a *facilitar* el Lazo social: culturales, sociales, deportivas,

proyectos comunitarios o individuales, capacitación laboral o académica, cuestiones jurídicas, entre otros. Todas han de tener la característica de ser *productivas* e implicar *creatividad*; sobre todo *que sean del propio interés del sujeto de atención*. De poco sirve ofrecer capacitaciones, talleres, manualidades o actividades lúdicas (que en general es lo que ofrece la institución asistencialista como parte de las terapias ocupacionales o pedagógicas) si estas no están en el horizonte de los intereses y aspiraciones del sujeto; pues no pasan de ser situaciones recreativas o pasatiempos que al tiempo llegan a ser abandonados. Las actividades deben seguir los siguientes lineamientos:

- *Servir para algo* (no ser improductivas o meramente de entretenimiento)
- *Devolver el gusto de una producción o de un trabajo*
- *Conducir un proyecto personal*
- *Hacer descubrir intereses*
- *Permitir crear relaciones con la comunidad.*

El Acompañante al estar disponible, compartir y alentar los intereses del sujeto de atención suministra un sentido, da un soporte al hacer subjetivo; interés que en su ausencia tiende a ser precario en muchos de estos sujetos (Riou, 1990 pp. 160-3).

En situaciones de crisis o *urgencias subjetivas* el Acompañamiento permite un abordaje alternativo al exclusivo manejo psiquiátrico. La contención subjetiva, por el recurso de la palabra como suplencia del acto, posibilita el manejo de la contingencia mediatizando para dar “un tiempo” (ante el impulso) y “otro espacio” (frente a la angustia o la desorientación) para que el sujeto se restablezca; Rossi, 2007 p. 104) evitando, en la medida de lo posible, las intervenciones policíacas y las internaciones psiquiátricas.

Como en cualquier desempeño laboral, el Acompañante debe recibir una remuneración por su tiempo invertido, para ser sostenible requiere un pago. El Acompañamiento no puede proseguir indefinidamente como un voluntariado. Aunque de entrada pareciera un recurso oneroso, en el mediano y largo plazo la

eficacia clínica que se verifica en la prevención de recaídas, posibilidad de incorporarse a actividades productivas y llegar a una independencia viable de parte del sujeto de atención se torna significativamente conveniente; se postula como factor económicamente viable respecto a las dificultades y costos que representan las reinternaciones o la cronificación.

El “perfil” del Acompañante terapéutico.

La política psicoanalítica es crítica a la tecnificación de la atención al malestar subjetivo. Por tanto no encaja con la idea del “perfil profesionalista” dado por el pasaje desde la educación universitaria que supone uno o varios programas de instrucción estandarizados y sistemas de evaluación-acreditación-certificación. Ya Sigmund Freud, en el texto de 1926 *Pueden los legos ejercer el análisis*, era claro respecto al debate sobre si es condición o no que un psicoanalista sea médico para ejercer: el conocimiento médico-psicopatológico es conveniente; pero las problemáticas de la subjetividad no lo precisan, pues son otro campo de acción. No obstante pueden señalarse algunas características deseables para quienes se integran a la labor del Acompañamiento terapéutico.

En los perfiles de los Acompañantes terapéuticos aparecen tres circunstancias posibles: 1º la inclusión de estudiantes de profesiones afines a la Salud mental (practicantes o servicio social); 2º las personas interesadas que no tengan una formación académica vinculada (incluyendo a quienes no tienen estudios profesionales); 3º personas recuperadas o estabilizadas con una condición psicótica.

La situación más frecuente son los estudiantes practicantes o de servicio social de carreras afines a la Salud mental; particularmente pasantes de licenciatura en Psicología. Las circunstancias de los estudiantes o pasantes, ya sea como parte de sus prácticas profesionales o servicio social, requiere puntualizar ciertas condiciones:

- La labor de Acompañante no es un entrenamiento como psicoterapeuta

- Dado la carencia de plazas en instituciones públicas en el campo de la Salud mental no es garantía de inserción laboral

- No puede reducirse a los tiempos de un calendario escolar; sino a los tiempos de cada caso y a un programa de intervención en conjunto

- La práctica no es una actividad académica; es decir, un lugar para aprender psicopatología, psicología anormal o evaluación psicológica. El conocimiento profesionalista del campo *psi* (psicología, psiquiatría, psicopatología) es una circunstancia que puede ayudar al discernimiento de los síntomas y signos de la psicosis y la elaboración de reportes y sesiones clínicas, así como la intervención en las actividades de formación y actualización; pero no es lo total (Macías, 2006 pp. 148-53)

- Al haber una enorme cantidad de enfoques dentro de las disciplinas *psi*, es un requerimiento que, además de llevar un proceso de tratamiento analítico personal, el estudiante tenga apertura e interés por el Psicoanálisis.

De los otros perfiles (personas con interés sin capacitación profesionalista y sujetos con experiencia en la locura) se puede señalar que existen experiencias donde sujetos que tras recuperarse o en las últimas fases de su estancia en un espacio de atención pueden ser capaces de fungir como apoyo a otros (Mosher, 2006 pp. 428-9). Entonces no quedan excluidas las personas sin estudios profesionalistas o sujetos que tuviesen experiencia en la locura. Es que cada uno de estos integrantes del equipo de Acompañantes puede tener funciones específicas según necesidades de horarios, actividades, y particularmente de las consideraciones del caso.

LA ORGANIZACIÓN PUENTE Y UNA EXPERIENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO ORIENTADO PSICOANALÍTICAMENTE CON UN SUJETO PSICÓTICO

La labor de Organización Puente.

La Asociación Civil Organización Puente de la Institución a la Sociedad (Organización Puente) se constituyó legalmente en 1993 en la ciudad de Guadalajara, México. Esta Organización No Gubernamental surge a partir del

interés por atender las dificultades por las que pasa el sujeto psicótico institucionalizado (pasaje por instancias médicas y judiciales); pero particularmente la situación del desinstitucionalizado: aislamiento social y desamparo al quedar a la periferia institucional. Se nombra aquí “periferia institucional” al hecho de que el sujeto psicótico, no obstante que sea atendido como usuario del sistema de salud pública (puesto que el Estado proporciona servicios de atención ambulatoria consistente en consultas externas, medicación o internación, además de otros programas dirigidos a la población en general ofrecidos por instituciones de salud pública; pero esta cobertura no es universal), por la estructura misma de la política institucional y la condición social que genera el estatus de “enfermo mental” o “discapacitado”, queda en situación marginal en la sociedad o comunidad de la cual procede.³

El sujeto psicótico puede tener severas dificultades para reintegrarse a su familia, trabajo y comunidad de donde procede. En tal situación no sólo intervienen las circunstancias de la institucionalización, en ocasiones hay una insuficiente atención y seguimiento con los familiares; así como carencia de fuentes laborales que tomen en consideración la circunstancia de estas personas.

El *Objetivo general* de Organización Puente es: *Proporcionar elementos, actividades y espacios encaminados a la reinserción y rehabilitación de aquellas personas que sufren “enfermedad mental” y que son dados de alta de alguna institución psiquiátrica; propiciando la recuperación como ser humano, buscando la integración a su familia y a la sociedad. Así mismo ofrecer un espacio a aquellos pacientes que no cuentan con familia o que por algún motivo son rechazados por esta, buscando ofrecer la atención necesaria en diferentes áreas; logrando así contribuir en una mejor calidad de vida del paciente y su familia.*

³ Existe una buena cantidad de análisis críticos de esta cuestión a partir de Michael Foucault desde su texto *Historia de la locura en la época clásica* (donde se exponen las raíces del ordenamiento médico de la locura); Robert Castel (2009) *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*; véase particularmente la noción de “institución total” de Erving Goffman (1961) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Para la situación contextual de México algunas referencias bibliográficas de interés: Andrés Ríos (2009) *La locura durante la Revolución mexicana*, (2010) *Memorias de un loco anormal*; Cristina Rivera (2010) *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el manicomio general México, 1910-1930*; o Jaime Avilés (2007) *Los manicomios del poder. Corrupción y violencia psiquiátrica en México*.

Para paliar los efectos de exclusión, las actividades de Organización Puente han sido encaminadas a procurar espacios y servicios necesarios para el sujeto psicótico. En los casos de personas de escasos recursos (aunque no exclusivamente) gestiona la atención institucional en situaciones de emergencia y el seguimiento del tratamiento; así como actúa en caso de omisiones o negligencias en relación al cumplimiento de los derechos humanos y leyes de protección del discapacitado en el ámbito médico, laboral o legal. Sus estrategias a nivel de la comunidad e institucional se han centrado en la ejecución de actividades dirigidas hacia la acción social a favor del sujeto psicótico; procurando la concienciación, prevención y atención personalizada para la reinserción integral a la vida en comunidad. Actualmente Organización Puente tiene un *Hogar sustituto* localizado en una finca propiedad del Instituto Jalisciense de Asistencia Social, facilitada en comodato, localizada en la colonia Ferrocarril en el municipio de Guadalajara; una colonia popular con muchas problemáticas sociales. En el Hogar sustituto se da alojamiento a personas que carecen de condiciones de autosustento y es atendida por los mismos habitantes.

Un ejercicio de Acompañamiento en el Hogar sustituto.

En Marzo de 2012 se formaliza el Área de Atención en Psicología Clínica de Organización Puente. Se establece como un aporte sostenido por el interés en la atención al sujeto psicótico; con el objetivo de ofrecer atención psicoterapéutica y apoyo psicosocial, así como generar Investigación clínica y social enfocada hacia la psicosis. Desde entonces tiene lugar un ejercicio de Atención Psicoanalítica para los habitantes del Hogar sustituto. Se trata de un acercamiento a aquellos que de manera voluntaria acuden o aceptan la presencia de un agente que presta su presencia y escucha a las problemáticas y vivencias subjetivas de quienes tiene experiencia en la locura. El servicio de atención no tiene costo alguno para los residentes.

En el Hogar sustituto se alberga a personas cuya situación complejiza la vinculación social. Es el caso de Don Manuel –o Don Manuelito, como le llaman en el Hogar sustituto–, de 72 años y originario de otro Estado de la República, cuya

historia personal está perdida entre los varios establecimientos psiquiátricos por los que lo han hecho circular en las últimas décadas de su vida. Padece un estado psicótico cronificado: delirios, alucinaciones, habla desarticulada, cambios de humor, constantes movimientos estereotipados (posiblemente disquinesia tardía) y otras características comunes a las psicosis crónicas que dificulta severamente la convivencia con los demás; lo que según las actuales clasificaciones psicopatológicas puede denominarse “Esquizofrenia residual”.

En el expediente de Don Manuel aparece un documento titulado “hoja de enlace a casa de medio camino ‘La primavera’”, que data del 2002; donde se registran un diagnóstico de “trastorno de ideas delirantes F06.2 y un diagnóstico secundario como “Trastorno mental y del comportamiento debido a lesión o disfunción cerebral F06.8. Otros documentos son recetas médicas: “posipen dicloxacilina dolotandax naproxeno”, “15 ag 03 Levopromazina (por insomnio) Haloperidol 10 mg” (*sic*).

El habla entrecortada de Don Manuel consta de una serie de tópicos que regularmente se reinician sin cesar: situaciones, personas, palabras y preguntas que se interrumpen con un recurrente “no sé” o “quién sabe”. Aunque orientado espacial y temporalmente (no se encuentra en un estado de confusión), sus enunciados están marcados por una pérdida del lugar que él tiene con las personas y las cosas (pasadas o presentes). Una constante referencia al *no saber* que impide proseguir un diálogo. Otras actividades son: recoger botellas de cristal en la calle para estrellarlas, pues sigue un imperativo: “*tengo que romper 20 botellas*”; escribir listas de nombres de personas de su pasado; buscar cuadernos, revistas o libros para hacer trozos de papel que junta en alguna bolsa de plástico.

Además de su edad y su mencionada condición, las circunstancias que problematizan su asistencia –pues tenía al menos una década de no recibir algún tipo de atención psicoterapéutica cercana y continua, a excepción de los cuidados proporcionados en el Hogar sustituto– y la separación de sus familiares, también los cambios en las políticas asistenciales del gobierno federal y estatal provocaron que se dificultara el acceso regular a atención médica. Para la fecha del inicio del Dispositivo de Atención Psicoanalítica, Organización Puente estaba tramitando una

copia del Acta de nacimiento del Estado natal de esta persona. Es un documento requerido por el Seguro popular; modalidad a la que se puede apelar para que reciba atención médica. Anteriormente estaba asistido en el sistema estatal; pero las políticas públicas actuales lo han dejado en situación de desamparo. Aquí la labor del otro interesado por personas en esta condición es indispensable; pues en las circunstancias presentes Don Manuel está imposibilitado para hacer cualquier tipo de trámites y acudir a recibir atención.

El Acompañamiento comenzó con progresivos acercamientos en la habitación comunal, pues de entrada Don Manuel se mostró reticente a acudir a otro espacio para iniciar algún diálogo. En breve tiempo –2 meses de tratamiento, a razón de 2 sesiones de acompañamiento por semana, de al menos 60 minutos de duración– la presencia del Acompañante ha modificado la situación de Don Manuel. El Acompañante comenta los nombres escritos en listas, escucha sus intentos de tocar una guitarra y cantar una canción, lo acompaña en su andar por la calle, se sienta a su lado en una jardinera en la calle o a las afueras de una tienda del barrio, o le comparte un refresco y un panecillo, entre otras actividades.

Aun siendo cosas en apariencia nimias, la presencia, escucha e interlocución han generado cambios en relativamente poco tiempo y sin uso de medicamentos (tenía seis meses sin medicación psiquiátrica): el Acompañante es recibido sin agresividad (en ocasiones ha llegado a ser bravucón con quienes le rodean y en general no es receptivo a personas desconocidas) y en situaciones de intranquilidad o ansiedad manifiesta el arribo del Acompañante y su estancia permite bajar la tensión. Uno de los cohabitantes del Hogar sustituto expresó su asombro cuando Don Manuel, con sonora claridad le refirió: “gracias, la comida estuvo muy buena”, evento inédito en los años de asistencia en Organización Puente.

Clínicamente hay otros cambios: En sesión el torrente de frases inconexas poco a poco ha dado lugar a oraciones cada vez más continuas, momentos de expresión circunstanciada y audible (sin balbuceos); así como espacios de reflexión respecto a lo que habla; un contacto visual que tiende a prolongarse; proximidad hacia el contacto físico que no es una mera estereotipia: por ejemplo tender la mano para que el Acompañante revise sus dedos rígidos; pero peculiarmente colocados

como si sostuviera un instrumento para escribir (Don Manuel es quién señaló esto último); la presencia de la sonrisa ante una situación graciosa que implicó a un tercero en la escena; breves risas que destacan en el diálogo, pero casi nunca presentes en su monólogo solitario. Expresiones como: “Yo estoy feliz de que usted venga”, o después de la suspensión del tratamiento por las vacaciones de una semana del Acompañante: “¡Hasta que viene!, ¡He querido verlo!”, o en otra ocasión: “Tengo muchas cosas de que platicar”. Circunstancias todas de apariencia nimia, pero relevantes desde una valoración subjetiva, pues Don Manuel está la mayor parte del día retraído en un monólogo, sumido en el delirio y en las alucinaciones, dando vueltas en la habitación, recostado en su cama o sentado a la puerta de la finca; situación que tiene aproximadamente una década sin modificación (a excepción de algún momento de crisis); como lo corroboran las indicaciones de los cuidadores del Hogar sustituto y la nota manuscrita de un psicólogo, encontrada en su expediente y fechada del 10/03/03 al 15/08/03 (sic).

El hacer trozos de papel resultó ser una actividad con un sentido; pues son para preparar material destinado a la confección de piñatas, como hace años hacia cuando estaba alojado en otro espacio. Respecto al imperativo de *tener que* romper 20 botellas diarias, la presencia del Acompañante también genera una suspensión al acto, pues Don Manuel no quiebra botellas (no pasa al acto) cuando habla de eso; situación socialmente significativa, pues resulta una molestia y llega a considerarse un peligro por los vecinos el asunto de los cristales rotos.

El Acompañante denotó la presencia de un significante que aparece con constancia: *Cultura*, en tanto dice constantemente “la cultura que yo tengo” (en el Hogar sustituto se refieren a Don Manuel como un “hombre culto”, con buenos modales). Como significante, *Cultura* puede ser referido al saber; un saber que dice tener, que está en el meollo de su situación subjetiva, pero que queda en vacío al final de sus frases cuando el proseguir con un discurso le convoca ese saber; sus frases se encaminan hacia enunciar personas y hechos en una historia: el pasaje por su pueblo de origen, su familia, los hombres y mujeres que conoció, los trabajos que desempeñó, las instituciones por donde transitó; pero al surgir la cuestión de por qué alguien hace algo en una narrativa que se esboza, donde tendría que

aparecer el orden del significante, se queda sin habla; aparece el “no sé” o “¿quién sabe?”. En este punto la labor del Acompañante se centraba en el sostenimiento de Don Manuel como sabedor, solicitando la prosecución de la historia ahí donde el discurso se detenía.

Así el Acompañante se colocó como un otro de referencia ante variadas situaciones de la cotidianidad; se estatúa como un semejante que escucha a Don Manuel y lo saca de la soledad ante las alucinaciones y el torrente de palabras que le inundan en el delirio. Si se sostiene la postura analítica hay la posibilidad de por lo menos plantear una mínima composición subjetiva (composición a partir del significante) que le permita otra forma de vivir con su condición psicótica; que le saque del “no saber” con que termina las frases y su obediencia al imperativo. La construcción de un discurso donde él sostenga su palabra es viable si está asistido por el Acompañante en tanto sostén para el Lazo social.

El ejercicio de Acompañamiento terapéutico se suspendió después de 20 semanas de duración por motivos del agravamiento de los padecimientos físicos y enfermedades de Don Manuel; pues tuvo que ser internado en un centro de Salud mental de la región donde ya no es posible continuar con la experiencia. Actualmente está alojado en un asilo para ancianos en otra ciudad del Estado de Jalisco. Don Manuel no sólo es un sujeto psicótico, sino también un hombre anciano con enfermedades físicas que hay que atender.

A manera de conclusión.

El Acompañamiento terapéutico se muestra como una opción viable y eficaz de apoyo al tratamiento para sujetos en condición psicótica. Su práctica, versada en la política psicoanalítica, busca el restablecimiento y sostén del Lazo social apelando al orden simbólico.

La experiencia de la aplicación del Acompañamiento con el caso narrado muestra que el sujeto psicótico puede establecer una relación que se desliza por la vinculación transferencial, no obstante un prolongado tiempo (alrededor de 10 años) sin atención terapéutica cercana. Es muy probable que Don Manuel nunca antes haya tenido algún acercamiento psicoanalítico. Aun cuando las expectativas de

“mejoría” entendida como recuperación o resocialización en una situación como la expuesta son relativamente escasas, la experiencia enseña que el sujeto psicótico puede tener condiciones que le permitan una convivencia menos conflictiva con su entorno social, a condición de que un semejante sostenga con su presencia un remitente para la experiencia en la locura.

Los límites para la prosecución del ejercicio de Acompañamiento estuvieron dados por factores no allanables por el Acompañante: la situación de salud física del sujeto tratado, así como el tácito abandono de los parientes y el desamparo por parte del sistema de atención pública para personas con desvalimiento. Aunque Don Manuel fue trasladado a un asilo para ancianos en otra ciudad no hay un sistema de atención específico para su condición. Por otra parte las dificultades económicas de la Asociación Civil que le da albergue en el Hogar sustituto, pues Organización Puente no recibe recursos por parte de organismo gubernamental o privado alguno; lo que dificulta la implementación del sistema de atención integral al sujeto psicótico de la cual el Acompañante terapéutico es pieza fundamental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apollon, W., Bergeron, D. y Cantin, L. (1997). ***Tratar la psicosis***. Buenos Aires: Polemos.
- Avilés, J. (2007). ***Los manicomios del poder. Corrupción y violencia psiquiátrica en México***. México: Random House Mondadori.
- Basaglia, F. (1970). ***La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico***. Barcelona: Barral.
- Castel. R. (2009). ***El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo***. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. ***Obras Completas***, 24 vols. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1976). ***Pueden los legos ejercer el análisis. Diálogos con un juez imparcial en Obras completas***. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2000). Prólogo a un trabajo de Max Eitingon. En: ***Obras completas***. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Galende, E. (1994). ***Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.*** Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (2009). ***Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales.*** Madrid: Amorrortu.

Lacan, J. (2006). ***Las psicosis.*** Buenos Aires: Paidós.

Macías, M.A., Gonzáles, I.R., Flores, E., Chavero, O.L. y Esteves, G. (2006). ***Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico.*** México: Plaza y Valdés.

Manson, F., Rossi, G., Pulice, G., Frank, M.L., Alderete, S., Dragotto, P. y Leblebdijian, L. (compiladores) (2002). ***Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico.*** Buenos Aires: Polemos.

Pérez-Rincón, H. (1995). ***Breve historia de la psiquiatría.*** México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Read, J., Mosher, L.R. y Bentall, P. (editores) (2006). ***Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia.*** Barcelona: Herder.

Ríos, A. (2009). ***La locura durante la Revolución mexicana.*** Los primeros años del Manicomio General de la Castañeda, 1910-1920. México: El Colegio de México.

Ríos, A. (2010). ***Memorias de un loco anormal.*** El caso de Goyo Cárdenas. México: Random House Mondadori.

Rivera, C. (2010). ***La Castañeda. Narrativas dolientes desde el manicomio general México, 1910-1930.*** México: Tusquets.

Rodríguez, S. y Lueiro, L. (2011). ***Tratamiento de Esquizofrenias, Psicosis y otras Yerbas.*** Buenos Aires: Lugar Editorial.

Rossi, G. (2007). ***Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores.*** Buenos Aires: Polemos.