

Universidad del Aconcagua



Facultad de Psicología

Tesina Licenciatura en Psicología

***“Abordaje desde el Acompañamiento
Terapéutico en Psicosis”***

Alumna: Lausi, Jimena

Directora: Mgter Funes, Marta

Año 2015

HOJA DE EVALUACION

Tribunal examinador

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Profesional invitado: Mgter. Marta Funes

Nota:

Observaciones:

Agradecimientos

...A mis padres, que fueron quienes me impulsaron a elegir un camino y poder lograrlo a través de su apoyo constante, sin dejarme caer ante el primer obstáculo. GRACIAS

...A mi tía Elba, que supo transmitirme la importancia de la formación para poder conseguir los objetivos que hicieron a este largo camino. GRACIAS

...A Martín, por ser el compañero de vida que confió constantemente en que podía, a través del optimismo, paciencia y amor. GRACIAS

...A mi hermano Franco, por ir a la par en nuestras carreras, aunque diferentes, pero que permitió que nos entendiéramos en lo que significaba este proceso, sabiendo que compartíamos las mismas ansias por alcanzarlo, aunque estuviéramos a distancia. GRACIAS

...A mi hermano Pablo y su esposa Graciela, que supieron estar pendientes de cómo estaba y cuánto avanzaba para estar más cerca; junto a mis dos sobrinos Juan Pablo y Julieta, que me trajeron más alegría y amor a mi vida. GRACIAS

...A mis tíos y primos, que estuvieron dando fuerzas y apoyando cuando fue necesario en cada piedra que se cruzaba en el camino. GRACIAS

...A mi amiga Macarena, hermana del alma, que recorrimos el mismo camino durante 5 años, compartiendo más que el estudio, la compañía y la incondicionalidad. GRACIAS

...A mis amigas Macarena, María Laura, Eleonora, Isis, Gisela, Romina, Catalina, Daiana por haber hecho que este recorrido esté colmado de recuerdos que no olvidaré jamás y haberme apoyado constantemente. GRACIAS

...A mis amigos de la Facultad, Ariel, Cecilia, Leonardo, Julio, por habernos identificado con la misma carrera, que nos permitió compartir momentos que hacían más llevaderos las largas lecturas y me tenían la paciencia eterna frente a mis órdenes de avanzar con los trabajos. GRACIAS

...A la familia Sevillano, que estuvieron pendientes en cada examen y confiaron en que lo lograría, siempre apoyándome con buena energía. GRACIAS

...A mi directora Marta Funes, por haberme acompañado durante todo el proceso que llevó la investigación de la tesis, dedicando su tiempo constante y sus aportes

teóricos, sin importar día ni horario, y diciéndome continuamente que cada vez estábamos más cerca. GRACIAS

...Y por último agregar que si bien agradezco a quienes fueron parte desde el inicio, se que no termina acá, que me seguiré formando para crecer, así que espero seguir contando con tanto apoyo...GRACIAS

RESUMEN

Se pretende llevar a cabo un trabajo de investigación, pudiendo conocer y describir la práctica del Acompañamiento Terapéutico pensándola desde un enfoque psicoanalítico. Lo cual fue desarrollado en 4 capítulos.

En los mismos se comenzó por conocer los avances que fue teniendo la enfermedad mental a lo largo del tiempo, junto a las formas de abordajes que se desempeñaban, pudiendo comprender el origen del Acompañamiento Terapéutico, conociendo las legalidades que lo contuvieron hasta la actualidad, sumado a las condiciones básicas para ejercer dicha práctica.

Luego se continuó acercándonos a las conceptualizaciones desde Freud para tomar conocimiento de cómo trabaja el aparato psíquico, junto al proceso primario y secundario, a los mecanismos de desplazamiento y condensación y cómo abordó la neurosis diferenciándola de la psicosis. Allí se trajo a Lacan con la constitución subjetiva, la estructura, metáfora paterna y la psicosis.

Esto fue permitiendo tener acceso a los conceptos psicoanalíticos para dejar en claro dicha mirada y empezar a pensarla en relación con el Acompañamiento Terapéutico.

Luego se consideró necesario conocer los puntos a tener en cuenta desde el Acompañamiento Terapéutico y articularlo con un caso clínico de psicosis, pudiendo pensar los contenidos desarrollados a lo largo de la investigación.

Para finalmente sostener que desde una formación psicoanalítica, el Acompañante Terapéutico frente a un sujeto con psicosis, puede posicionarse como soporte simbólico transitorio logrando restablecer el lazo social.

PSYCHOLOGICAL ABSTRACT

It is intended to carry out a research, being able to know and describe the practice of Therapeutic Accompaniment thought from a psychoanalytic approach. Which is developed in 4 chapters.

In the same we began to know the progress that was taking mental illness over time, along with the forms of approaches that are played and can understand the origin of Therapeutic Accompaniment, knowing the legalities that held it until today, together the basic conditions to exercise this practice.

Then he continued approaching the conceptualizations from Freud to take cognizance of how the psychic apparatus, by the primary and secondary process, the mechanisms of displacement and condensation works and how to address the neurosis distinct from psychosis. Lacan brought there with the subjective constitution, structure, paternal metaphor and psychosis.

This was allowing access psychoanalytic concepts to clarify that look and start to think about it in relation to the Therapeutic Accompaniment.

Then it was considered necessary to know the points to note from the Therapeutic Accompaniment and articulate it with a case of psychosis, may think the content developed throughout the investigation.

To finally argue that from a psychoanalytic training, Therapeutic Companion against a subject with psychosis, can be positioned as a temporary symbolic support making to restore the social bond.

ÍNDICE

Índice de Contenido

TÍTULO.....	2
HOJA DE EVALUACIÓN	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN.....	6
PSYCHOLOGICAL ABSTRACT	7
ÍNDICE	8
INTRODUCCIÓN.....	10
ASPECTO METODOLÓGICO	12
Objetivos.....	12
Hipótesis.....	13
Preguntas de Investigación.....	13
MARCO TEÓRICO.....	14
CAPÍTULO 1: SURGIMIENTO DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO	
Recorrido Histórico de la Enfermedad Mental.....	16
Historia del Acompañamiento Terapéutico.....	21
La historia en la Argentina.....	24
Su inserción	25
Formación en el Acompañamiento Terapéutico	28
Legalidades en el Acompañamiento Terapéutico.....	31
Leyes de cada provincia.....	31
CAPÍTULO 2: CONCEPTUALIZACIONES DESDE FREUD Y LACAN	
Consideraciones de Freud	35
Aparato Psíquico: Complejo de Nebensmech	36
Neurosis y psicosis	39
Constitución Subjetiva.....	41
Estructura	42
Metáfora Paterna	46
Soporte simbólico.....	47

Psicosis.....	48
Lazo social en la psicosis.....	52
CAPÍTULO 3: ABORDAJE DESDE EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y SU RELACIÓN CON EL PSICOANÁLISIS	
Aspectos Generales del Acompañamiento Terapéutico	56
Diferenciando conceptos.....	56
Rol del Acompañante Terapéutico	57
Función del Acompañante Terapéutico	58
Relación con el Acompañado.....	60
Aspectos del Proceso de Tratamiento.....	61
Pautas Específicas.....	63
Articulaciones desde Freud.....	65
Encuadre	65
Dispositivo clínico en el Acompañamiento Terapéutico	67
Articulaciones desde Lacan	69
Puntualizaciones en el Acompañamiento Terapéutico respecto de la Psicosis	73
La familia en la psicosis	76
Acompañar la urgencia: intervenciones desde la línea psicoanalítica	77
CAPÍTULO 4: CASO CLÍNICO: “ELI”	
Presentación del Caso	82
Análisis del Caso	82
CONCLUSIONES.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	101

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo general investigar y describir el desempeño del acompañamiento terapéutico desde una mirada psicoanalítica.

Para ello, se hará un recorrido comenzando por conocer la evolución en el campo de la salud mental, para luego incorporar el surgimiento del Acompañamiento Terapéutico, cómo fue introduciéndose en la sociedad, los cambios que produjo y su crecimiento hasta la actualidad. Considerándose los aspectos legales que lo avalan y la inserción en el campo de trabajo.

Luego se continuará con los conceptos psicoanalíticos que puedan pensarse desde dicha práctica, tomando como pilares a Freud en cuanto a su teoría del aparato psíquico y los conceptos de Complejo de Nebensmench, proceso primario y secundario, mecanismos de condensación y desplazamiento, diferenciación entre psicosis y neurosis para poder comprender la singularidad de cada sujeto con el que se trabaja; y a Lacan, que retoma los conceptos de Freud y desarrolla la constitución subjetiva, Metáfora Paterna, estructura, mecanismos de alienación y separación. Además será considerado para abordar la psicosis.

Más adelante, se articularán los conceptos psicoanalíticos con el abordaje del Acompañamiento Terapéutico, para finalmente pensar en un caso clínico y así dejar plasmado lo trabajado.

Llevar a cabo esta temática, surgió a partir de la asistencia a un curso en que se desarrolló el Acompañamiento Terapéutico en Episodios Depresivos, como complementario a los tratamientos del paciente, por lo que nace la inquietud, si en un sujeto con psicosis, en que los abordajes terapéuticos desempeñados no generaban avance, ¿puede el Acompañante Terapéutico lograr ser un soporte simbólico y poder restablecer el lazo social?

A partir de este interrogante es que se comienza a considerar la posibilidad de pensar los conceptos psicoanalíticos estudiados en el transcurso de la carrera

de la Licenciatura en Psicología. Los cuales podrían ser articulados para llevar adelante la práctica mencionada.

De esta manera se apuntará llegar a las conclusiones, las cuales aflorarán de los objetivos trabajados y la hipótesis.

Aspecto Metodológico

El estudio que se desarrollará parte de una preocupación teórico-clínica y se llevará a cabo desde una perspectiva psicoanalítica, tomando como eje fundamental a Freud y Lacan, y trabajando con autores que continuaron y enriquecieron posteriormente sus teorías.

Se recurre a la disciplina que sostiene el Psicoanálisis, desde la que se toma el concepto de psicosis, y a la disciplina de los abordajes alternativos que aporta el concepto de Acompañamiento Terapéutico. Ambas brindan la posibilidad de observar, analizar y profundizar en el material, buscando relaciones significativas que esclarezcan el interrogante que guía el trabajo.

El desarrollo teórico será articulado con un caso publicado en una Conferencia, de una paciente adolescente de 16 años, diagnosticada con psicosis esquizofrénica y deficiencia mental leve, que ingresó al Hospital psiquiátrico y durante dos años no presentó avances en su evolución, por lo que se incorporó un Acompañante Terapéutico.

El mismo fue seleccionado en función de la problemática planteada, a los fines de encontrar una articulación que permita esclarecer los interrogantes presentados en el transcurso de la investigación. En ello se encontraron aspectos fundamentales de lo que se logra con la intervención de un Acompañante Terapéutico y de los aportes que brinda el psicoanálisis para pensarlos en esta práctica.

Los objetivos, hipótesis y preguntas de investigación que se desprenden para dar curso a la investigación son:

Objetivo General:

Investigar y describir el desempeño del Acompañamiento Terapéutico desde una mirada psicoanalítica.

Objetivos Específicos:

- ❖ Realizar un recorrido histórico de la enfermedad mental, seguido de los orígenes del Acompañamiento Terapéutico.
- ❖ Mencionar desde Sigmund Freud la constitución del aparato psíquico, el complejo de Nebenmensch, proceso primario y proceso secundario y la diferenciación entre neurosis y psicosis.
- ❖ Describir desde Jaques Lacan la constitución subjetiva, los mecanismos de alienación y separación, la estructura, metáfora paterna, el prójimo y el semejante.
- ❖ Analizar la figura del Acompañante Terapéutico en la psicosis, desde una mirada psicoanalítica.
- ❖ Articulación teórico-clínica de los conceptos trabajados.

Hipótesis

Desde una formación psicoanalítica, el Acompañante Terapéutico frente a un sujeto con psicosis, puede posicionarse como soporte simbólico, permitiendo restablecer el lazo social.

Preguntas de Investigación

El psicoanálisis, ¿permite dar cabida a formas complementarias de trabajar con un sujeto?

¿Cómo se pueden pensar desde el rol del Acompañante Terapéutico los conceptos brindados por el Psicoanálisis?

¿Puede el Acompañante Terapéutico lograr ser un soporte simbólico y poder generar cambios en el estancamiento de su tratamiento?

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

Surgimiento del

Acompañamiento

Terapéutico

Daremos comienzo, pudiendo introducir una idea de cómo fueron los inicios del Acompañamiento Terapéutico y cómo fue ganando terreno en la sociedad, impulsando a ciertos cambios en los tratamientos llevados a cabo con los pacientes.

Estos cambios tienen como principal objetivo, poder intervenir con aquellos sujetos que padecían enfermedades severas y eran excluidos por ser considerados como “intratables”.

Para ello, es oportuno considerar cómo fue abordada en su comienzo la enfermedad mental.

Recorrido Histórico de la Enfermedad mental

Antiguamente se creía que las enfermedades mentales tenían un origen sagrado. Así Skiaderesis nos dice que “con el correr del tiempo, con Hipócrates, se empieza a pensar que esto no era tan así, ya que habían ciertas causas naturales que alternaban en momentos determinados, más allá de los dioses” (p.3)

En el siglo XV, el Cristianismo lleva adelante las primeras cruzadas para conquistar a Jerusalén, desencadenando como producto la llegada de la lepra a Europa, produciéndose una plaga. Así se constituye la primera idea de hospital, el leprosoario. Empieza a estar dirigido por médicos. Aparecen en Europa las enfermedades venéreas que suceden como gran plaga a la lepra y la locura nuevamente asociada a ellas.

A partir de este siglo, la Iglesia que no tenía ningún inconveniente de dar un salvamento a los enfermos mentales, los empieza a expulsar totalmente y les niega los sacramentos.

Se empieza a tener cierta discriminación. Se los expulsaba en la nave de los locos, navegando por los ríos alemanes, y los colocaban en plazas para aquellos que tuvieran su nacimiento en el mismo pueblo.

En el siglo XVII, se crean los internados, como consecuencia del paso de la lepra a las enfermedades venéreas y a las enfermedades mentales. Se trataba de alienados que morían en general en situaciones de extrema indigencia.

En el siglo XVIII, nos aclara Skiadaresis:

El Dr. Philippe Pinel comienza a fundar la visión clínica e institucional en relación a las enfermedades mentales, sosteniendo la idea de que una enfermedad es una reacción saludable contra lo que perturba el equilibrio, cuya terminación natural es la locura. Colocarlo en una institución era salvarlo de una habitualidad para colocarlo en otra y dentro de aquella, controlar sus condiciones de vida. Allí el paciente era sometido a una disciplina severa y paternal regulado por la ley médica.
(p.8)

Se apuntaba fundamentalmente a la importancia de no aplicar la violencia ni métodos degradantes. Empezando así a aparecer el respeto por el sujeto. Evitando encadenarlos y dejarlos circular dentro del asilo, con chalecos de fuerza.

Se empezó a incluir las ocupaciones, dando formación a la gente pobre, para que aprendieran algo útil a la sociedad e incluían algunos “locos” en estas casas de trabajo.

Skiadaresis continúa diciendo “Junto a Pinel, Jean Étienne Dominique Esquirol constituye la Clínica Psiquiátrica, apuntando a considerar la relación con el medio como algo fundamental y se da comienzo a la legislación de la enfermedad mental”. (p.11)

Es Morel, quien empieza a introducir el pensamiento de que existía una herencia biológica y una psicológica, considerando los primeros años de la infancia que son donde aparecía la influencia del medio familiar.

En la actualidad nos dice Skiadaresis que “hay diversos centros de internación cerrados, semiabiertos y abiertos. Dentro de los cerrados, se

encuentran clínicas psiquiátricas clásicas donde se utiliza el refuerzo represivo, neurolépticos, aplicación de electroshocks”. (p.13)

A partir de esto nos aclara “en la década del ´50, respecto de la internación de los enfermos mentales, se crean las Comunidades Terapéuticas, para proporcionar al enfermo mental un contexto comunitario donde pudiera tomar decisiones”. (p.14)

Esas instituciones funcionaban por el trabajo en equipo. Trabajaban desde el portero hasta el director de la misma, cada uno aportando desde su rol. Ya que se había observado que las enfermedades mentales eran disociativas, por lo que la comunidad disociada no contribuía de ninguna manera.

Además se crearon las Comunidades Antipsiquiátricas, que apuntaban a que los pacientes llegaran a un estado de mayor regresión en la búsqueda de un intento curativo.

Con Franco Basaglia, se fundaron las Comunidades Socializadoras, buscando recrear dentro de la institución, la dimensión del terreno social en el que el enfermo vivía.

Se constituyeron Comunidades de Corte Psicoanalítico en Francia, por lo que Argentina dentro de éstas, creó la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de García Badaracco, introduciendo la dimensión familiar en el tratamiento de la locura.

En contraposición se crean las Clínicas de Corte Psicodinámico, psicoanalistas que se reunían para crear una Clínica Psiquiátrica, interpretando los avatares del paciente, internaciones donde el equipo decide dónde abordar el fenómeno patológico.

Otro lugar eran los Hostales y Residencias Psiquiátricas, con puertas abiertas, sin dependencia legal. Se podía llevar a un paciente no como internado, aunque estuviera dentro de la misma.

Actualmente, podemos centrarnos en la ley Nacional de Salud Mental 26.657 que regula la enfermedad mental y dice en el Capítulo I:

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. (p.7)

Además respecto de la atención que debe recibir el sujeto, se agrega:

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (p.17)

Considerando cómo se llevan a cabo las consideraciones mencionadas se establece:

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras (...), implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; (...), así como otras prestaciones tales como hospitales de día, (...) centros de capacitación socio-laboral, familias sustitutas. (pp.18-19)

De esta manera se percibe, cómo la idea de encierro, aislamiento, más tradicional, va cambiando su mirada y va introduciendo la idea de poder abordar los tratamientos en lugares cotidianos del paciente. Buscando alternativas que no sólo apunten a su evolución en la patología sino que también puedan insertarlos en la sociedad que viven con aquello que padecen.

Dicha ley, continúa diciendo:

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo (...). La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios. (p.19)

Esto también nos refleja modificaciones en los criterios a la hora de utilizar la medicación en los tratamientos, apuntando a que sea bajo estrictas indicaciones de los profesionales, pero no de uno solo, sino de manera interdisciplinaria.

Además se considera oportuno mencionar cómo se lleva a cabo la enfermedad mental de los pacientes en caso de requerir internación, donde la ley menciona lo siguiente:

ARTICULO 14.- La internación es considerada como un recurso de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. (p.21)

Donde también se establece:

ARTÍCULO 15: La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica (p.22)

ARTÍCULO 20: La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo para sí o para terceros. (p.25)

Así tomamos conocimiento del tratamiento que se lleva a cabo con los pacientes, teniendo en cuenta sus particularidades y las consideraciones que fueron incorporándose.

A modo de apreciación personal, estos puntos trabajados, pueden pensarse en función de lo que sería la incorporación del Acompañamiento Terapéutico, cómo fue evolucionando la modalidad de abordaje y que a partir de pensar el trabajo interdisciplinario se abren nuevas posibilidades. Ya que hay un cambio de paradigma, se disminuye el trabajo a través de internaciones, y se comienza a introducir instituciones que funcionan sólo de día, se acompaña en la externación, se da mayor participación a familiares del paciente, se propone la tarea de trabajar con acompañantes, se fortalece el trabajo en equipo.

Historia del Acompañamiento Terapéutico

Traeremos a Rossi (2010) que nos dice que “en otros países se han dado experiencias similares o que van en la misma dirección que en Argentina, aunque con otras denominaciones, teniendo sus características particulares de acuerdo a los desarrollos de cada lugar en que se inscribieron, al sistema de salud, las concepciones sociales sobre el tema y las escuelas teórico clínicas desde las cuales fueron realizadas” (p.19).

Además agrega que en varios países de Latinoamérica, como Brasil, Uruguay, México, Perú y Chile, fueron desarrollándose en los últimos años, experiencias que llevaron esta denominación: Acompañante Terapéutico, aunque no han tenido una conceptualización persistente. Pero hace una salvedad, en ciertas regiones de Brasil, donde la temática -basándose en los desarrollos pioneros de Argentina- tiene un fuerte impulso en la actualidad.

Esto fue trabajado por Pullice (2011), donde nos refiere que hubieron momentos de intensa convulsión política y social en distintos países del mundo occidental, lo cual da cuenta de que fueron el terreno propicio para la puesta en marcha de toda una serie de experiencias que, a partir del fuerte impulso de la Psiquiatría Dinámica, la Antipsiquiatría y, fundamentalmente, el Psicoanálisis, comenzaron a dar consistencia a la idea de que era posible avanzar en el tratamiento de aquellos pacientes afectados de diversos modos por padecimientos psíquicos severos.

Además Pullice aclara que este movimiento de apertura y transformación, que comenzó a madurar desde el inicio del siglo pasado —y que se acentúa desde su segunda mitad, cuando se suma el importante desarrollo que comenzó a tener la Psicofarmacología— fue generando las condiciones para la implementación de novedosos dispositivos de atención ambulatorios, los cuales a su vez propiciaron el desarrollo de nuevas y diversas disciplinas, como respuesta a las renovadas necesidades clínicas que, a partir de ello, comenzaron a tener lugar.

Para reafirmar esto, Rossi (2010) nos refiere diferentes experiencias de cómo se ha abordado el concepto y la función del Acompañante Terapéutico. Allí nos dice que en Francia se denominó “animateur” (tipo de acompañamiento grupal, ligado a actividades de recreación, socialización), en Canadá se trabaja desde el rol que definen como “interviniente clínico” (como un dispositivo institucional), en España, la temática que se trabaja se denomina “Continuidad de

Cuidados” (allí ubican el lugar del Acompañante Terapéutico, donde organizan y coordinan la atención pasando de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración a la comunidad), entre otros.

A partir de esto hacemos referencia a las primeras experiencias en nuestro país, donde Rossi (2010), nos dice:

En nuestro ámbito, se desplegaron interesantes experiencias de ruptura con la institucionalización psiquiátrica tradicional, mediante la implementación de sistemas abiertos, que daban cuenta de una nueva significación de la locura y de su tratamiento, con la premisa de resguardar la inserción social y productiva del paciente. Junto a otros sistemas alternativos, el Hospital de Día tuvo un lugar cada vez más importante desde finales de los ´50 en Argentina, siendo uno de los dispositivos fundamentales que facilitarían la implementación y el desarrollo del Acompañamiento Terapéutico. (p.20)

Es preciso también mencionar la fuerte incidencia del aspecto económico que se diferencia de lo que sucede actualmente. Se atendían pacientes de muy buen nivel socio-económico por lo general, en internaciones domiciliarias y tratamientos ambulatorios. Sus familias, por cuestiones sociales o prejuicios, no querían que se conociera la internación o la gravedad de la enfermedad de un familiar. (Rossi, 2010)

Allí continúa diciendo:

Con este sistema, además evitaban las deficiencias que la “hotelería” de las instituciones psiquiátricas de tiempo completo tenía por lo general en la época. Lo esencial es pensar que en esa época el hecho de internar a alguien aparecía como más estigmatizante, segregativo, en tanto era más fuerte en algunos sectores sociales una idea discriminatoria hacia los trastornos mentales más severos. Se trataba así de evitar la “mancha” que podía dejar una internación psiquiátrica para la mirada social. (p.30)

La historia en Argentina

Como venimos sosteniendo, la aparición de esta práctica va generando muchos cambios respecto de cómo hacerle frente a los padecimientos de un sujeto, es por ello necesario poder considerar cómo fueron impactando los mismos en nuestro país.

Al remontarnos específicamente en Argentina, podemos esclarecer que tiene sus comienzos en una fecha indeterminada que se sitúa entre finales de los años 60' y principios de los 70' del pasado siglo XX. El Acompañamiento Terapéutico nace como una herramienta clínica que se inscribe en una búsqueda —compartida por una buena parte de los profesionales del campo de la Salud Mental — cuyo propósito no era otro que intentar subvertir los lineamientos por entonces imperantes, aún fuertemente arraigados, del modelo manicomial. (Pullice, 2011)

Allí Pullice nos menciona que en Argentina, se da la creación por parte de Mauricio Goldenberg, en 1956, del primer Servicio de Salud Mental con Sala de Internación para pacientes de Psiquiatría que tiene lugar en el marco de un Hospital General —experiencia inédita hasta ese momento en el mundo occidental—, así constituye una guía referencial indispensable en esa búsqueda de recursos, de herramientas, de dispositivos más eficaces para el tratamiento de la locura.

Agregaremos lo que Rossi (2010, p.28) nos esclarece al referir que: “el Dr. Jorge García Badaracco, desde los años ´60, trabaja con Acompañantes Terapéuticos, siendo jefe de Servicio del Hospital J. T. Borda. Este autor, fundador en 1967 de un Hospital de Día en Salud Mental que algunos reconocen como pionero en Argentina, dice que es una técnica usada desde hace muchos años en países como los EE.UU, porque no es intrusiva ni invasiva y resulta altamente continente”.

Dicho autor, se explaya refiriendo que existen, además, otras explicaciones sobre esos comienzos de profesionales que trabajaron en acompañamientos a partir de 1970 aproximadamente: el acompañamiento terapéutico como una alternativa frente a la internación psiquiátrica, recurriendo de hecho a internaciones domiciliarias.

Cabe aclarar que las mismas fueron llevadas a cabo por terapeutas que en ocasiones eran psicoanalistas jóvenes, a los que les solicitaban desde las familias un tratamiento de emergencia, para pacientes en crisis, en situaciones donde quería evitarse una internación psiquiátrica. Eran especialmente casos de adicción o episodios psicóticos, estando el acompañante en ese momento en una posición bastante indiferenciada del terapeuta. (Rossi, 2010)

Teniendo en cuenta dichos inicios, volvemos a Pullice (2011) que apunta a que el saber de la Psiquiatría deja de ser la herramienta exclusiva para el tratamiento de las enfermedades mentales, pasando a compartir ese terreno con aquellos otros saberes que empezaban a dar muestras de ofrecer aportes importantes —a veces decisivos— en el desarrollo de las nuevas estrategias clínicas que esa misma búsqueda llevaba a implementar.

De esta manera, Rossi (2010), nos trae la trayectoria que fue atravesando el Acompañante Terapéutico ó A.T, donde podemos reflejar la falta de conexión entre algunas experiencias de la década del ´70 e intercambio de criterios, en la medida en que no era un recurso conocido, y mucho menos que tuviera una divulgación como la que tiene décadas siguientes.

Su inserción

Para poder ir familiarizándonos con su entrada al campo de la práctica, traeremos a Rossi (2010, p.31) que dice “se comienza a producir un aumento de la demanda de A.T. a partir de un nuevo panorama en el ámbito educativo en los años ´80, con incidencia en la comunidad universitaria y en la tarea profesional”.

Además agrega que especialmente en la carrera de Psicología y en carreras afines, se produce un considerable aumento del número de alumnos a partir de 1983. El número de psicólogos y estudiantes creció ampliamente en esos años hacia 1990, cuando comenzaron a egresar las primeras promociones. El acompañamiento terapéutico, como una interesante oportunidad de salida laboral, y como experiencia con los primeros “pacientes”, acercó entonces a muchos psicólogos recién recibidos a esta tarea, de una manera además redituable económicamente.

Por lo que especifica que se “planteaba de manera estandarizada, sin dar cuenta muchas veces de su función específica y su utilidad desde la singularidad del caso y sin contar con orientación/supervisión desde la dirección del tratamiento, ni de la clínica o el equipo asistencial que lo requería”. Rossi (2010, p.32)

De esta manera podemos ir comprendiendo que como lo menciona Rossi, esto fue evolucionando a partir del esfuerzo de quienes fueron asumiendo con compromiso profesional esta tarea, desde el lugar del A.T, pero también desde el profesional que lo indica, por lo que ha resultado cada vez más una herramienta clínica válida tanto para el terapeuta, como para el paciente y sus familiares, en la perspectiva de sostener un tratamiento posible.

De aquellos primeros tiempos en los que la atención estaba reducida a un pequeño sector de la población, en estos años se llega con este recurso a otros sectores socio-económicos y a la atención en instituciones públicas. Así su inclusión se extendió en forma paulatina hacia espacios inicialmente impensados, como por ejemplo el trabajo con escuelas, discapacidad, autismo, psicosis infantiles. (Rossi, 2010)

Podemos así, ir introduciéndonos en la implementación del dispositivo de acompañamiento considerándolo como la búsqueda de mitigar los efectos que han producido las internaciones por largos períodos de tiempo; esto nos permite

pensar el enorme valor que tiene el trabajo personalizado que realiza el Acompañante Terapéutico al participar en la vida cotidiana del paciente dentro o fuera de la institución. (Bustos Graciela, en Kuras de Maurer y Resnizky, 2011)

Además Bustos, agrega que el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico permite sortear la internación, sostener al paciente en tratamiento ambulatorio. Impide el deterioro, la institucionalización y los efectos negativos del aislamiento. Fuera de la institución siempre existe la posibilidad de establecer un vínculo reparador que ayude al sujeto a sostenerse en el entramado social.

Dicho dispositivo es una estructura estable y móvil a la vez, va donde tiene que ir, está con quien tiene que estar: contiene, calma, organiza, anticipa. Cada una de estas acciones incide en la subjetividad del paciente y lo habilita a nuevos movimientos; propone una apertura hacia el afuera; atempera el sufrimiento, corre al sujeto de la posición de objeto y lo pone en la categoría de sujeto.

En función de estas ideas es que se fue afianzando la tarea de los acompañantes terapéuticos dentro y fuera del hospital, mostrando su capacidad para resolver situaciones críticas y lograr sostener tratamientos en momentos cruciales de la vida del paciente, precisamente allí donde otros abordajes habían fracasado. (Bustos Graciela, citada en Kuras de Maurer y Resnizky, 2011)

En dicho texto, Bustos nos dice que no resolvemos una demanda en salud mental, prescribiendo un tratamiento farmacológico o informado sobre planes de ayuda social, es necesario que el hospital articule una respuesta global, sin necesidad de institucionalizar al sujeto; esto requiere de nuevos actores y nuevos dispositivos: el Acompañamiento Terapéutico es uno de ellos.

Además continúa diciendo que la incorporación de los Acompañantes Terapéuticos a los equipos interdisciplinarios, modificó y fortaleció la dinámica de los mismos. Permitió planificar actividades a largo plazo con pacientes difíciles, generando vínculos más fuertes y permanentes entre la familia y la institución, lo

que dio como resultado el sostenimiento de los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos. Esto ha permitido concluir los tratamientos o estabilizarlos en el tiempo, evitando las recaídas.

Formación en el Acompañamiento Terapéutico

La aparición en escena del Acompañamiento Terapéutico nos menciona Pullice (2011) que está fuertemente ligada a una praxis que se ubica más como una investigación que como una ciencia establecida. Esto permite entender la diversidad de versiones que pueden escucharse sobre su creación y surgimiento, así como la dificultad con que nos encontramos en el inicio de la experiencia para establecer un marco conceptual propio y distintivo.

Es así que se puede comprobar al dar cuenta que durante décadas, el único material bibliográfico específico sobre el tema estuvo constituido por apenas algunos artículos publicados en diversos medios porteños del ámbito Psi, en los que el denominador común era poner de relieve los obstáculos que se planteaban para los acompañantes en su tarea debido, entre otras cosas, a la falta de un claro lineamiento teórico, y de algún marco regulatorio de la actividad. Pullice, (2011)

A partir de lo mencionado, queda por ir fortaleciendo la formación del A.T, porque si bien era un impulso al principio como salida laboral para introducirse en la relación con “pacientes” y evolucionando con el tiempo, permitiendo definir su función y hacerlo con conocimientos que permitan dar un criterio científico, en ciertos lugares se lleva a cabo la práctica y no se coloca en ese lugar a personas con la preparación necesaria.

Esto es algo sobre lo que se está trabajando y va ocupando terreno con el fin de que profesionales que proponen incorporar dichas intervenciones, tengan en claro el Código de ética, lo cual dará las pautas que abalan al paciente y a quien asume el rol de posicionarse como Acompañante Terapéutico.

Esto es expresado por María Laura Frank en Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T. (2011, p.39), donde nos dice: “El Acompañamiento Terapéutico, desde los años 70 hasta la actualidad, ha tenido un gran desarrollo, tanto en su difusión como en la construcción de un marco teórico propio”.

Esta autora nos transmite que al principio, dicha práctica era desempeñada por estudiantes de psicología que ante la demanda de un psicólogo o psiquiatra, se animaron a la tarea de acompañar. Aprendiendo el rol a través de la experiencia, por ensayo y error.

Pero ya en la actualidad nadie pone en duda que para desempeñarse en dicha función, es indispensable transitar por una formación adecuada.

Frank, M. Laura (2011), nos refiere:

Tanto la complejidad del trabajo del acompañante como la responsabilidad que asume en los tratamientos de salud mental, hacen indispensable una formación específica que posibilite un buen desempeño del rol en el marco de la ética y la técnica de esta profesión. Una instrucción que contemple contenidos teóricos pero que también contemple la posibilidad de transitar por una práctica supervisada (p.39)

Dicha autora, nos transmite que por ello es necesaria una capacitación específica para que se diferencie su función de cualquier otro. Si bien hay disciplinas que aportan conocimientos importantes en la tarea del A.T, como lo son la psicología, enfermero, trabajador social, están delineadas para otro rol profesional. Esto es, que si bien el Acompañamiento Terapéutico se alimenta de saberes de estas carreras profesionales sumado la sociología, psiquiatría, entre otras, ninguna habilita para trabajar como acompañante.

Esto ha ido creciendo, se ha ido legitimando y legalizando en algunas provincias. Incluyendo en este aspecto el Código de ética de la Asociación de

Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA). Lo cual ha ido permitiendo que la oferta de espacios de formación vaya creciendo y de como resultado mayor solicitud de acompañantes de parte de instituciones.

Hoy hay gran cantidad de propuestas diferentes que ofrecen formación en esta práctica, con variadas orientaciones, duración y modalidades en distintos puntos del país.

Para comprender otro aspecto importante, agregaremos lo que nos dicen Alvarez, M., Carrasquera, N., Fachinetti, G., Rossi, C., Tello, D. en *Al borde del desborde* (2003), que el A. T, nunca es totalmente neutral. Puede intentar ser lo más objetivo posible pero no se debe olvidar que su persona es observadora y participante activa del proceso, lo cual incluye la necesidad de una buena formación teórica y clínica supervisada. Las situaciones vitales y el contexto socio-familiar en el que está inmerso el paciente inciden fuertemente en las características de cada vínculo terapéutico tanto positiva como perturbadoramente.

Por lo tanto hay que tener presente lo que nos menciona Rossi, G. (citado en Bertrán, 2004, p.128) “la formación sea la de psicólogo, estudiante avanzado de psicología (...), no es condición necesaria, pero tampoco suficiente, para considerar a alguien con una capacitación adecuada en el tema. Es necesaria la capacitación específica en la formación del A.T, a los efectos de ubicarse en las coordenadas que hacen a la particularidad de esta función”.

A lo que agrega que sumado a esta formación debe existir la tarea de supervisión, ya que contribuye a que se despejen aspectos de la subjetividad del A.T que pueden provocarle interferencias a la hora de intervenir ante situaciones problemáticas. Esto es, que se trata de facilitar, que los temores, las incomodidades, sean explicitadas para que no hagan obstáculo y eviten que los sentimientos del acompañante se mezclen en la tarea.

En esta supervisión, es fundamental la participación del equipo que conforma el A.T. junto a los profesionales que están involucrados en el tratamiento propuesto, ya que en estas reuniones es donde se dará la especificidad del trabajo del acompañante que encontrará su lugar de desarrollo máximo, amplificando las opciones de intervención en la subjetividad del individuo enfermo.

Legalidades en el Acompañamiento Terapéutico

Si bien la ley de salud mental no contempla el rol del Acompañante Terapéutico, vamos a dar una breve referencia respecto de la legalidad que lo ampara a la hora de ponerlo en práctica en un tratamiento.

Para ello es preciso aclarar que actualmente la tarea a la que se apunta desde el rol del Acompañante Terapéutico, es respaldada a partir del año 2010, a través de la Asociación Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA), quien creó el Código de Ética, el cual tiene como propósito proveer tanto principios generales como normativas deontológicas orientadas a las situaciones con que pueden encontrarse los Acompañantes Terapéuticos en el ejercicio de su profesión, estableciendo así las reglas de conducta profesional que han de regir su práctica.

En el proceso de toma de decisiones relativas a su conducta profesional, los acompañantes terapéuticos deben considerar este Código de Ética y el de la Organización en que se encuentren asociados, además de las leyes vigentes.

Leyes específicas de cada provincia

Como se viene trabajando, cabe aclarar que gracias al alcance que fue teniendo la práctica en cuestión es que se fue consiguiendo el reconocimiento buscado: la tecnicatura universitaria, inicialmente se creó en el año 2001 en San Juan, luego en el 2002 en la provincia de San Luis, seguido por Entre Ríos,

Córdoba, Buenos Aires y Santa Cruz, con título habilitante a nivel nacional. (Bustos Graciela, en Kuras de Maurer y Resnizky, 2011).

La lucha continuó para fortalecer este espacio, y así San Juan fue la primera en sancionar una ley en el año 2.006 (Nº 7.697) que luego, en el 2.009 fue modificada por la ley Nº 7.988. La misma regula la actividad técnica de los Acompañantes Terapéuticos graduados con título universitario, dependiente del Ministerio de Salud Pública.

Más adelante, en el año 2.007 se sancionó en la provincia de San Luis la Ley Nº III-0599. Al igual que en la ley mencionada anteriormente establece los derechos y obligaciones del acompañante terapéutico, requisitos para la matriculación y la creación del organismo necesario para esto, entre otros aspectos.

Posteriormente en Río Negro, hacia fines del año 2.010 se sanciona la Ley Nº 4.624 Del ejercicio del A.T, en la que se regula el ámbito de aplicación, se delimita el concepto de Acompañante Terapéutico, sus funciones, derechos y deberes; la matriculación, alcances y organismo de aplicación siendo éste el Ministerio de Salud.

Además en ese mismo año, se sancionó en la provincia de Córdoba la Ley Nº 9.848 de “Protección de la Salud Mental” que a pesar de que no está destinada específicamente al Acompañamiento Terapéutico, lo incluye en algunos de sus artículos y al mismo tiempo está en consonancia en la nueva Ley de Salud Mental Nacional.

A estos avances se suma en el año 2012, la provincia de Chubut que sanciona con fuerza la ley XNº58, la cual tiene por objeto regular en el ámbito de la Provincia del Chubut, de acuerdo a sus disposiciones, la actividad de los Técnicos Superiores en Acompañamiento Terapéutico, graduados con título terciario y equivalentes; sustentando los principios de la consolidación en cuanto a la participación de los técnicos profesionales como integrantes del Sistema de

Salud de la Provincia del Chubut, fortaleciendo las capacidades específicas para asegurar la calidad prestacional de los servicios de atención a la comunidad.

Luego, en el año 2014 el Poder Legislativo de la Provincia de Santa Cruz sanciona con fuerza: la Ley N° 3407 Regulación de la actividad de los Acompañantes Terapéuticos, que especifica que tiene por objeto regular, en el ámbito de la provincia de Santa Cruz, la actividad de los Acompañantes Terapéuticos, graduados con título terciario o universitario, egresados de instituciones terciarias o universitarias, tanto públicas o privadas, reconocidas oficialmente, por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.

A finales del mismo año, se presentó un Proyecto de Ley que regula el ejercicio del Acompañante Terapéutico en la provincia de Mendoza, el que aún no se ha aprobado. Otro avance logrado en esta provincia es que en el corriente año (2015), se abrió la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico en la Universidad del Aconcagua.

Capítulo 2:

Conceptualizaciones

desde Freud y Lacan

Hasta el momento se viene describiendo el recorrido histórico de la enfermedad mental y cómo fue incorporándose la tarea y conocimiento del Acompañante Terapéutico.

A partir de dichas consideraciones, nos parece oportuno preguntarnos ¿Cómo el Psicoanálisis puede dar cabida a formas complementarias de trabajar con el sujeto?

Por lo que resulta importante continuar introduciendo los conceptos psicoanalíticos que se pueden ir articulando con lo trabajado desde la práctica mencionada.

Consideraciones desde Freud

Al considerar el abordaje que desempeña el Acompañante Terapéutico y al hacer hincapié en su trabajo interdisciplinario y en las pautas para llevarlo a cabo, ¿podríamos pensar algún punto de los que trabaja Freud respecto del análisis y articularlo con la tarea que lleva a cabo el acompañante?

Freud en Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1918-19/1930), sostiene: “saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder-hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se los pueda sustituir por algo mejor”. (p.139)

En el texto mencionado, Freud además nos dice que puede que se abran para el análisis otras insospechadas posibilidades; pero que por el momento no se posee nada mejor que la técnica psicoanalítica, razón por la cual no se debería despreciarla a pesar de sus limitaciones.

Lo cual abre la posibilidad de continuar investigando acerca de cómo abordar los tratamientos con los pacientes. A partir de esto, nos introduciremos en

los conceptos trabajados en relación al aparato psíquico para ir pensándolos en función de la práctica del A.T.

Aparato psíquico

De esta manera seguimos a Freud (1895/1956) para hablar del aparato psíquico en Proyecto de Psicología para Neurólogos, donde nos dice que el organismo recibe estímulos (cuando llegan a través de los sentidos y de su propia acción) y responde ante éstos. Dichos estímulos ingresan al aparato psíquico y pueden ser endógenos o exógenos. Esto lleva a que algo se inscriba, esto que se inscribe, es una vivencia que implica cómo fue articulado lo actual con las experiencias.

De esto se desprende el complejo de Nebenmesch (el prójimo) que es tomado por Freud (1895/1956) para decirnos que nacemos con necesidades biológicas, las del bebé, que tienen que pasar por la cabeza del otro (madre o quien la sustituya), de la satisfacción de la necesidad en sentido biológico pasamos a la satisfacción de la necesidad en un sentido lógico.

Esto es lo que comienza a complejizar el aparato psíquico, porque a partir de la primera vivencia de satisfacción no siempre va a llegar el objeto específico para calmar la necesidad, y es allí donde se experimentará la vivencia del dolor, que deja como consecuencia el afecto: la angustia. De esta satisfacción primera queda una huella mnémica desiderativa, que el aparato psíquico siempre va a seguir buscando.

Todo esto va desarrollándose en función de dos mecanismos traídos por Freud: condensación (concentrar las investiduras de varias representaciones de objeto en un objeto), y desplazamiento (transportar la investidura de una representación de un objeto a otro). Ambos mecanismos son inconscientes y son los más importantes del proceso primario ya que permiten que se desplacen o se condensen las investiduras psíquicas.

Ampliaremos esto a partir de cómo lo explica Freud en el texto de Interpretación de los sueños (1900/1923), hay dos estados de la energía psíquica: el proceso primario, que rige el inconsciente, donde le va a llamar a las representaciones, representación cosa (imágenes que va a recibir de los objetos de los que obtuvo placer). La energía es móvil, libre. Cuando ocurre la censura esa representación se desinviste y se le pone una investidura nueva.

El otro es el proceso secundario: es propio del funcionar preconscious. De las huellas mnémicas que quedan de la representación cosa, luego se van a ligar a la palabra, y de ésta también quedan huellas. La ligazón de la imagen de la representación cosa con la representación palabra (propia de este mecanismo), da como resultado una huella mnémica llamada identidad de pensamiento, así de esta ligazón el pensamiento pasa a la conciencia. La energía es ligada, la energía libre del inconsciente ya se ha ligado en el preconscious y forma un pensamiento.

En la segunda tópic, en 1923, considera al aparato psíquico compuesto por tres instancias: Yo, Ello y Super Yo.

Freud en el Yo y el Ello (1923/2005), en conciencia e inconsciente, nos dice:

Del yo depende la conciencia; él gobierna los accesos a la motilidad (...) a la descarga de las excitaciones en el mundo exterior. Es aquella instancia anímica que ejerce un control sobre todos sus procesos parciales, y que por la noche se va a dormir, a pesar de lo cual aplica la censura onírica. De este yo parten también las represiones, a raíz de las cuales ciertas aspiraciones anímicas deben excluirse no sólo de la conciencia, sino de las otras modalidades de vigencia y de quehacer. (p. 18)

Además esclarece que sigue siendo correcto que todo lo reprimido es inconsciente, pero no todo inconsciente es, por serlo, reprimido. También una parte del yo, es seguramente inconsciente. Por lo pronto, son conscientes todas

las percepciones que nos vienen de afuera (percepciones sensoriales); y, de adentro, lo que llamamos sensaciones y sentimientos.

Esto le permite a Freud agregar que el yo no está separado tajantemente del ello: confluye hacia abajo con éste. Lo reprimido sólo es segregado tajantemente del yo por las resistencias de represión, pero puede comunicar con el yo a través del ello.

El yo es el representante de lo que puede llamarse razón y prudencia, por oposición al ello, que contiene las pasiones.

Freud en el Yo y el Ello (1923/2005) nos dice:

El yo, con relación al ello, se parece al jinete que debe enfrentar la fuerza superior del caballo, con la diferencia de que el jinete lo intenta con sus propias fuerzas, mientras que el yo lo hace con fuerzas prestadas. Este símil se extiende un poco más. Así como al jinete, si quiere permanecer sobre el caballo, a menudo no le queda otro remedio que conducirlo adonde este quiere ir, también el yo suele trasponer en acción la voluntad del ello como si fuera la suya propia (p. 27)

Allí, Freud nos refiere que “se exponen los motivos que nos movieron a suponer la existencia de un grado en el interior del yo, una diferenciación dentro de él, que ha de llamarse ideal-yo o superyó”. (p. 30)

Puede suponerse entonces que las investiduras de objeto parten del ello, que siente las aspiraciones eróticas como necesidades. El yo, todavía endeble al principio, recibe noticia de las investiduras de objeto, les presta su aquiescencia o busca defenderse de ellas mediante el proceso de la represión. (Freud, 1923/2005)

A su vez Freud va expresando que “el superyó conservará el carácter del padre, y cuanto más intenso fue el complejo de Edipo y más rápido se produjo su represión (por el influjo de la autoridad, la doctrina religiosa, la enseñanza, la lectura), tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó como

conciencia moral, quizá también como sentimiento inconsciente de culpa, sobre el yo” (p. 36)

A partir de esto Freud (1923/2005) nos dice:

El ideal del yo es, por lo tanto, la herencia del complejo de Edipo y, así, expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos libidinales del ello. Mediante su institución, el yo se apodera del complejo de Edipo y simultáneamente se somete, él mismo, al ello. Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello. Ahora estamos preparados a discernirlo: conflictos entre el yo y el ideal espejarán, reflejarán, en último análisis, la oposición entre lo real y lo psíquico, el mundo exterior y el mundo interior. (p.37)

Tenemos en claro que el yo se encuentra bajo la particular influencia de la percepción, y que puede decirse, en líneas generales, que las percepciones tienen para el yo la misma significatividad y valor que las pulsiones para el ello. Ahora bien, el yo está sometido a la acción eficaz de las pulsiones lo mismo que el ello, del que no es más que un sector particularmente modificado.

Neurosis y psicosis

Pudiendo seguir a Freud y continuando con lo que se viene trabajando, podría articularse cómo se diferencia la neurosis de la psicosis.

En Neuropsicosis de defensa, Freud (1894/1926) nos dice que en las neurosis, la defensa frente a la representación inconciliable acontece mediante el divorcio entre ella y su afecto. Pero la representación, si bien debilitada y aislada, permanece dentro de la conciencia. Allí nos trae el mecanismo de la represión, el cual es mencionado a partir de que se presentó a su yo una vivencia, una representación, sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía.

Ahora bien, en la psicosis, existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima {verwerfung} la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido. En el momento en que se ha conseguido esto, la persona se encuentra en una psicosis que no admite otra clasificación que “confusión alucinatoria”.

Esto es que, el yo se arranca de la representación insoportable, pero ésta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva. Quedando asentado que el mecanismo que se desencadena en la psicosis, es el de rechazo, tanto de la representación como de su afecto.

Luego Freud, va a introducir modificaciones, lo refleja en Neurosis y Psicosis (1923/1930), al decir que la diferencia genética más importante se da al explicar que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior.

Esto es que el yo se defiende de una moción pulsional pujante mediante el mecanismo de la represión; lo reprimido se revuelve contra ese destino y, siguiendo caminos sobre los que el yo no tiene poder alguno, se procura una subrogación sustitutiva que se impone al yo por la vía del compromiso: el síntoma. El yo encuentra que este intruso que amenaza y menoscaba su unicidad, prosigue la lucha contra el síntoma tal como se había defendido de la moción pulsional originaria, y todo esto da por resultado el cuadro de la neurosis.

En cuanto a la psicosis, en el texto mencionado, nos dice Freud que no sólo se rehúsa admitir nuevas percepciones; también se resta el valor psíquico (investidura) al mundo interior, que hasta entonces subrogaba al mundo exterior como su copia; el yo se crea, soberanamente un nuevo mundo exterior e interior, y hay dos hechos indudables: que este nuevo mundo se edifica en el sentido de las

mociones de deseo del ello, y que el motivo de esta ruptura con el mundo exterior fue una grave frustración {denegación} de un deseo por parte de la realidad, una frustración que pareció insoportable.

Constitución subjetiva

Siguiendo a Lacan (1964/1999), respecto de la constitución subjetiva, decimos que somos a partir del Gran Otro, de su deseo, y este Gran Otro está incorporado en el Inconsciente. El sujeto del inconsciente es un ser hablante, somos sujetos en la medida que hablamos. El sujeto que habla, no es amo de lo que dice, estamos sujetos por el inconsciente, somos sujetos del inconsciente y éste está estructurado como un lenguaje.

De ello se deduce la topología que da cuenta de la constitución del sujeto, “que se encuentra en el campo del Otro. Si se le capta cuando nace en el campo del Otro, lo característico del sujeto del inconsciente es que está, bajo el significante que desarrolla sus redes, sus encadenamientos y su historia, en un lugar indeterminado”. Lacan (1964/1999, p.216).

Allí Lacan nos dice que hay dos operaciones en la relación del sujeto con el Otro. Una es la Alienación, que consiste en una operación por la cual el sujeto queda barrado, alienado al lenguaje, el cual mata nuestras necesidades convirtiéndolas en demanda. Es lo que implica elegir y perder, pero ganar lo que elegí. En toda elección está implícita la pérdida, la renuncia a algo, y esto nos remite a la falta del sujeto.

La otra operación es denominada separación, remite a la falta del Otro. A medida que habla se entrevé la falta, su deseo. Aparece la pregunta ¿Qué es lo que desea el Otro? El Otro no todo lo tiene, por lo tanto, algo desea. Y responde a la falta del Otro con su propia falta. Una falta generada en el tiempo precedente sirve para responder a la falta suscitada por el tiempo siguiente. Esta falta es el objeto “a”, que cae con la operación y es lo que permite que el sujeto siga

buscando ese objeto que cree que le dio una completud en un tiempo anterior, pero que para Lacan nunca existió. Lacan (1964/1999).

Estructura

Lacan (1955-1956, 2002, pp. 261-262), dice: “La noción de estructura implica cierto número de coordenadas (...) es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante”.

La menciona como un conjunto, no como una totalidad. La estructura no se modifica.

Diana Rabinovich en la Clase N° 7 Las estructuras neuróticas, trabaja este concepto y refiere que “lo que caracteriza la estructura es la articulación de sus elementos y el hecho de que pueden rotar de lugar, porque la estructura implica elementos y lugares fijos, y la rotación puede ser de los elementos en relación a los lugares, incluyendo este lugar de la falta” (p. 7)

Así Diana Rabinovich, nos menciona que la falta central en la estructura es denominada castración.

De esta manera, continúa diciendo “el complejo de castración es la roca con la que chocan las tres estructuras y cada una de ellas, las procesa a su manera”. (p. 9)

Esto nos hace pensar que la modificación de un elemento hace que varíen los demás. Tiene la particularidad de que es descompletada, con un agujero. Por ello al haber una falta, se va a tener en cuenta el cómo se posiciona el sujeto frente a la castración del Gran Otro.

En este desarrollo del psiquismo, aparece el anudamiento de tres órdenes: imaginario, real y simbólico.

El primer registro, el imaginario, Lacan lo trabaja desde El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) (1949/2003), allí nos dice que es el interés lúdico entre 6 y 18 meses que el bebé siente por su imagen especular.

Este reconocimiento Lacan observa que va acompañado de una expresión jubilosa en el niño. A los seis meses, el niño puede ser todavía un lactante, y desde luego no coordina su cuerpo lo suficiente como para dominar su postura; sin embargo, si tiene un espejo cerca (o los ojos de un Otro) puede sentir interés como para encontrar una posición que le permita obtener del espejo lo que llama una imagen instantánea de sí mismo.

Imagen entera de un cuerpo que no se percibe como siendo entero, imagen que anticipa una maduración del dominio motriz que por el momento no se tiene.

Así se da la primera identificación, dice Lacan, imaginaria. A partir de esto deduce que esa primera identificación ante el espejo es clave para la formación del yo, es literalmente originaria y fundadora de la serie de identificaciones que le seguirán luego.

De esta manera, Lacan (1949/2003, p.89) nos esclarece “la función del estadio del espejo se nos revela entonces como un caso particular de la función de la imago, que es establecer una relación del organismo con su realidad”.

Diana Rabinovich en Lo imaginario, lo simbólico y lo real (1995) trabaja estos términos y dice “la imagen tiene además una dimensión simbólica dada por el marco cultural histórico en el que está incluida”. (párr.33)

Al pensarla de este modo le permite a Lacan dar una nueva vuelta de tuerca sobre lo imaginario, a partir de su teoría sobre lo simbólico.

Para esclarecer esto, traemos a J. Alain Miller en el Recorrido de Lacan (1984, 18), que refiere que “lo simbólico es una noción muy elaborada. Éste tiene dos vertientes: la palabra y el lenguaje. A partir de esto, nos dice que Lacan

muestra cómo la relación entre la estructura simbólica y el sujeto se distingue de la relación imaginaria del yo y del otro”.

Así se distingue el Otro con mayúscula (A) del otro con minúscula (que es recíproco, simétrico y del yo imaginario). Miller siguiendo a Lacan (1984), nos dice:

Este Otro, es el gran Otro (A) del lenguaje que está siempre ya allí. Es el otro del discurso universal, de todo lo que ha sido dicho en la medida en que es pensable (...) el Otro de la verdad, ese Otro que es un tercero respecto a todo diálogo, porque en un diálogo del uno y del otro siempre está lo que funciona como referencia (...) ese Otro de la buena fe supuesta está presente a partir del momento en que se escucha a alguien, supuesto también a partir del momento en que se habla a alguien. Es el Otro de la palabra, la dirección del discurso más allá de aquel a quien se dirige (...) el Otro es una dimensión de exterioridad que tiene una función determinante para el sujeto. (pp. 18-19)

“Lo fundamental es la teoría de los estadios es que cada uno está organizado a partir de un objeto perdido” (p. 21)

A esto le agrega que las necesidades del hombre están completamente transformadas en él por el hecho de que habla, porque dirige demandas al Otro, que Lacan llama el Otro omnipotente de la demanda. En esta respuesta del Otro, es donde se encuentra el principio de la identificación simbólica, esto es, a partir del significante de la respuesta del gran Otro.

Esto nos lleva al último punto trabajado también por Diana Rabinovich (1995) donde refiere que lo real, en Lacan es un término que se opone a realidad, es decir, no es la realidad. Es aquello que vuelve siempre al mismo lugar. Aunque escapemos, hagamos un enorme circuito para no enfrentarlo, de repente, en el lugar más inesperado y más sorprendente, vuelve.

En dicho texto, la autora nos dice “hay una complicación cuando Lacan pasa a definir lo real como imposible. El paso de lo real como lo que vuelve siempre al mismo lugar, a lo real como imposible entraña un cambio de esquema

referencial. Aunque, nuevamente, una definición no anula a la otra, ambas son válidas, por lo tanto hay que pensar que está haciendo una nueva articulación” (párr. 58)

Por lo que Rabinovich D. (1995) esclarece:

Lo real como imposible ya define algo de la relación del sujeto respecto de sí mismo, un punto que no es posible de ser resuelto, que no tiene solución. Si es un problema sin solución, no se trata de que el sujeto se sienta impotente o capaz de resolverlo, porque el imposible no es asunto de impotencia. Cuando un problema no tiene solución, no tiene solución; el sujeto no puede cambiar ese real que no tiene solución. (párr. 60)

Si bien Lacan dará un punto de real como imposible común a toda la especie humana en tanto que hablante, al mismo tiempo hay que ver en qué sintaxis, en que lenguaje, ese punto de imposible está planteado para poder resolverlo.

Así podemos pensar lo que Rabinovich (1995) dice:

Ninguno de estos tres elementos es idéntico a lo simbólico, a lo imaginario o a lo real, sino una forma particular de articulación de estos tres órdenes. Tanto el inconsciente, el ello, como el síntoma, como cualquier otro concepto freudiano, el sujeto, el objeto a, puede ser calificado alternativamente de simbólico, imaginario o real. En realidad están en la intersección, en lo que Lacan llamará el punto de anudamiento entre los tres órdenes que delimitan al sujeto o al inconsciente. (párr. 70)

Por lo que tomamos esta última frase de dicho escrito “Estamos todos poseídos por ese Otro, que ni siquiera sabe que nos posee. Eso nos toma, nos agarra, a veces parece sernos favorable y otras no” (párr. 58)

Lo fundamental, aclara la autora, es que la forma en que se anudan, en que se relacionan entre sí los 3 órdenes en el nudo borromeo, es para Lacan al

final de su experiencia la estructura misma. Y agregaremos que están durante toda la vida en permanente articulación.

Desde lo que se viene mencionando, parece oportuno poder pensar que al trabajar desde el Acompañamiento Terapéutico, vamos a estar frente a un sujeto que trae su estructura. Lo cual implica que va a trabajarse con su subjetividad, con su particularidad.

Metáfora Paterna

Continuando con la explicación de cómo se estructura el psiquismo, traeremos a la Metáfora Paterna.

Para comenzar a explicar dicho concepto, mostraremos el inter-juego que refleja Lacan a través del gráfico que representa la metáfora paterna; en De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (1957-1958/2003):

$$\frac{\text{Nombre-del-Padre}}{\text{Deseo de la Madre}} \cdot \frac{\text{Deseo de la Madre}}{\text{Significado al sujeto}} = \text{Nombre-del-Padre} \left(\frac{\text{A}}{\text{Falo}} \right)$$

Allí se observa cómo aparece la estructura del sujeto, según cómo se posiciona frente a la castración. Tiene dos partes, en la primera el Nombre del Padre (significante de la ley del incesto) viene a sustituir el Deseo de la Madre (significante de la omnipotencia materna), lo barra, lo reprime (no desaparece). La “x” es una incógnita, un doble signo de pregunta ¿cuál va a ser el devenir del sujeto? Y ¿cuál es el falo que mira mi madre?. (Lacan, 1957-1958/2003)

En el mismo seminario, nos esclarece que la segunda parte es la significación fálica, aquí el Nombre del Padre operó imponiendo la ley, barrando al Gran Otro (A). El menos phi es la castración, se inscribe la falta, aquí se encuentra la estructura neurótica. Como efecto de la castración que inscribe el Nombre del Padre, se abren tres preguntas: acerca de la sexualidad (neurosis histérica), sobre

la existencia (neurosis obsesiva) y sobre la diferencia generacional (neurosis fóbica).

De esta manera se instala la ley del no todo, llevando a que el sujeto se movilice para buscar respuesta a su pregunta ¿Qué quiere el Otro de mí? Así circula el deseo, permitiendo que al haber significación fálica como consecuencia de la operación de la Metáfora Paterna, pueda ir sustituyendo los objetos.

Soporte simbólico

Al plantear en la hipótesis la posición del acompañante como soporte simbólico, es posible poder pensarlo como uno de los elementos fundamentales elaborados en la Metáfora Paterna: el Nombre del Padre (como apoyo de la ley).

Para justificar esto, nos remitiremos a Lacan en Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis (1949/2013) donde nos dice: “En el Nombre del Padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que, desde el albor de los tiempos históricos, identifica su persona con la figura de la ley” (p. 57)

Hélène L’Heuillet en La ley simbólica (2008), trabaja esto y nos dice “la ley simbólica no designa en principio sino lo que constriñe al sujeto a tomar o no un lugar sin saberlo. Esta ley y ese Nombre del Padre deben ser entendidos como funciones. No se trata de invitar al padre, al papá, a convertirse en el policía de la familia” (párr 1-3)

En relación al término soporte, nos remitimos al diccionario de la lengua española (DRAE), donde nos encontramos con la siguiente puntualización:

En latín es donde se halla el origen etimológico de la palabra soporte. Es fruto de la unión de dos vocablos: -el pre-fijo “sub”, que es sinónimo de “debajo”, y el verbo “portare”, que puede traducirse como “llevar”.

Por lo tanto, se refiere de la siguiente manera: “Un soporte es algo, ya sea físico o simbólico, que sirve como sustento o puntal. Se utiliza por lo tanto para mantener o sostener una cosa” (párr.1)

Así volvemos a interrogarnos si es posible pensar que ese puntal (Nombre del Padre) que debió estar en un momento en que fue llamado (como soporte simbólico) y que fue precluido (psicosis), ¿puede el Acompañante Terapéutico intentar ocupar dicha posición, permitiendo ser un “soporte simbólico” y lograr restablecer el lazo social?

Considerando este interrogante, le daremos cabida a la psicosis.

Psicosis

Comenzaremos mencionando a Freud, tomado por Lacan en el Seminario 3 (1955-56/2002) al referir el mecanismo de la psicosis al que “llama verwerfung, se trata del rechazo, de la expulsión de un significante primordial a las tinieblas exteriores, significante que a partir de entonces faltará en ese nivel”. (p. 217)

En los Escritos II, en De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (1955-56/2003), Lacan nos dice:

Freud, en efecto, cuando la necesidad de su reflexión le ha llevado a ligar la aparición del significante del Padre, en cuanto autor de la Ley, con la muerte, incluso con el asesinato del Padre- mostrando así que si ese asesinato es el momento fecundo de la deuda con la que el sujeto se liga para toda la vida con la Ley, el Padre simbólico en cuanto que significa esa Ley es por cierto el Padre muerto (p.538)

En este texto, se esclarece: “La verwerfung será pues considerada por nosotros como preclusión del significante (...) es llamado el Nombre del Padre a responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica.” (p.540)

Además Lacan refiere que la cadena significante se desarrolla según enlaces lógicos cuyo enchufe en lo que ha de significarse, se ejerce por los efectos de significante, descritos como metáfora y metonimia.

A partir de esto Lacan (1955-56/2003) dice:

Es en un accidente de este registro y de lo que en él se cumple, a saber la preclusión del Nombre del Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis (p.556)

Así agrega lo siguiente “Para que una psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre del Padre, precluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto”. (p.558)

De esta manera nos transmite que “hay que admitir que el Nombre del Padre redobla en el lugar del Otro el significante mismo del ternario simbólico, en cuanto constituye la ley del significante” (p. 559)

Por lo que nos dice Lacan que de lo que hay que ocuparse es del lugar que la madre reserva al Nombre del Padre en la promoción de la ley.

“La psicosis consiste en un agujero, en una falta a nivel del significante”. Lacan (1955-56/2003, p.287)

El Nombre del Padre es un término que da cuenta de un significante, pero habla de un padre simbólico. Lacan en Las formaciones del Inconsciente (1957-1958/2001) nos trae lo siguiente:

Es el significante que apoya la ley, que la promulga. En una cadena de los significantes, algo puede faltar. Han de comprender ustedes la importancia de la falta de este significante en particular, el Nombre del Padre, dado que funda el hecho mismo de que haya ley, es decir, articulación en un cierto orden del significante- complejo de Edipo, o la ley del Edipo, o ley de prohibición de la madre. (pp.150-151)

Para resumir lo mencionado, podemos decir que al producirse la forclusión del significante del Nombre del Padre, la cadena se rompe y esta imposición de cadena rota es lo que hace que el delirio, en un intento de curación, encontrar un significante en lo real que se posicione como suplencia del Nombre del Padre.

Acudiremos a Trovarelli Deborah y María Pía Fracchia (2015) en La clínica cotidiana y sus nuevos abordajes, donde trabajan aspectos de lo que sucede respecto de la psicosis en la infancia. Aquí nos plantean que la forclusión del Nombre del Padre, como mecanismo propio de la estructura psicótica, funciona tanto para los niños como para los adultos. Lo que si se torna diferente es el modo de presentación de los fenómenos. Lo que ocurre es que el niño en la psicosis no ocupa el lugar de falo para la madre, necesario al comienzo de la estructuración subjetiva.

Para poder hacer el diagnóstico, es preciso considerar lo que Lacan, en el seminario 3 nos dice “la promoción, la valoración en la psicosis de los fenómenos del lenguaje es para nosotros la más fecunda de las enseñanzas (...) es una necesidad para el diagnóstico la existencia del trastorno del lenguaje” (p.208)

Trovarelli y Fracchia (2015) dan cuenta de los efectos clínicos y dicen:

La forclusión del Nombre del Padre y la consecuente carencia de significación fálica producen una falla a nivel simbólico que se manifiesta en el trastorno del lenguaje. En los niños escuchamos como son hablados por el Otro. No emerge un sujeto. No se dirigen al Otro a partir de una demanda, sino que están en la posición de amos. Hablan y se dirigen al Otro según su voluntad. (p. 31)

Más adelante nos refieren que otro fenómeno se da a nivel imaginario, que al no intervenir lo simbólico lleva a que el niño quede pegado a la imagen del Otro. Por lo tanto al haber falta de regulación por la ley del significante, desencadena los fenómenos del lenguaje pero también al nivel del cuerpo y el juego.

Por eso Trovarelli y Fracchia (2015) dirán:

En relación al cuerpo (...) los niños psicóticos cuando se lastiman o golpean no lloran, como si no tuvieran cuerpo. De hecho no tienen un cuerpo ya que es lo simbólico lo que da un cuerpo (...). Es en el estadio del espejo que el sujeto adquiere, a través de la constitución yoica, su imagen especular. En estos niños la falla a nivel simbólica repercute en la constitución del cuerpo tanto a nivel de la imagen como de la noción espacio temporal. Otro efecto de la falla a nivel simbólico es que el niño psicótico no juega (...) el juego en el niño psicótico implica una serie de movimientos repetitivos, estereotipados, rutinarios y ritualizados donde es siempre lo mismo, no hay posibilidad de modificación. (p.31)

Otra referencia importante que corresponde a Lacan, es situar al niño en la psicosis ocupando el lugar de objeto para la madre. Así toma el lugar del goce. En el Seminario 10, la Angustia, clase del 23 de enero (1963/2006), nos refiere que la madre del niño no es necesariamente psicótica, y que el niño es tomado como objeto orgánico, una especie de relleno corporal. Si no es representado, no es posible ser simbolizado. Lo cual da cuenta de que esta falla simbólica recae sobre lo imaginario. Este cuerpo es subjetivado como un objeto a, como puro real para la madre.

Lacan, en Dos notas sobre el niño (1969/2007), nos señala que el niño ocupa el lugar de objeto en el fantasma materno. Ese objeto es real y es un objeto de goce.

“El niño es captado por el deseo de la madre. Se introduce el objeto a en la vertiente de lo real. La madre que no simboliza su deseo en el falo lo simboliza en el niño y eso tiene consecuencias. Es un objeto de goce no ligado a la significación fálica (...) es una identificación absoluta que tiene valor estructural. (Trovarelli y Fracchia, 2015, p.34)

Es allí donde pensamos si ¿es posible que la entrada del Acompañante Terapéutico, permita a través de un “corte” lograr una nueva significación en ese sujeto?

Lazo social en la psicosis

Nos remitiremos a Freud en Psicología de las masas y análisis del yo (1921/1924) que nos refiere:

La oposición entre psicología individual y psicología social o de las masas, que a primera vista quizás nos parezca muy sustancial, pierde buena parte de su nitidez si se la considera más a fondo. Es verdad que la psicología individual se ciñe al ser humano singular y estudia los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus mociones pulsionales. Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo, la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo. (p. 67)

Esto nos lleva a entender lo que más adelante Freud (1921/1924) nos dice:

La relación del individuo con sus padres y hermanos, con su objeto de amor, con su maestro y con su médico, vale decir, todos los vínculos que han sido indagados preferentemente por el psicoanálisis, tienen derecho a reclamar que se les considere fenómenos sociales. Así entran en oposición con ciertos otros procesos, que hemos llamado narcicistas en los cuales la satisfacción pulsional se sustrae del influjo de otras personas o renuncia a estas. Por lo tanto, la oposición entre actos anímicos sociales y narcicistas -autistas diría quizás Bleuler (1912)- cae íntegramente dentro del campo de la psicología individual y no habilita a divorciar esta última de una psicología social o de las masas. (p.67)

Para Lacan el lazo está mencionado a lo largo de sus obras, como lo que entiende por discurso.

Éste es definido en la quinta clase de febrero en su seminario N° 20, donde identifica al discurso como vínculo social, esto lo dice de la siguiente manera: “A fin de cuentas no hay más que eso, el vínculo social. Lo designo con el término de discurso porque no hay otro modo de designarlo desde el momento en que uno se

percata de que el vínculo social no se instaura sino anclándose en la forma cómo el lenguaje se sitúa y se imprime (...) en el ser que habla” Lacan (1973/2001, p.68)

De esto se desprende que todo discurso es lazo, instituye un lazo social.

Lo interesante es saber qué sucede en la psicosis respecto del lazo social. Para ello traemos a Lacan en el seminario de Las psicosis (1955-1956/2002, p. 293) que nos dice: “Una gran perturbación del discurso interior (...) se produce, y el Otro enmascarado que siempre está en nosotros, se presenta de golpe iluminado, revelándose en su función propia. Esta función entonces es la única que retiene al sujeto a nivel del discurso, el cual amenaza faltarle por completo, y desaparecer. Este es el sentido de la realidad que caracteriza la entrada en la psicosis.”

Respecto de esta realidad “él tiene una certeza: que lo que está en juego- desde la alucinación hasta la interpretación- le concierne. En él, no está en juego la realidad, sino la certeza” (Lacan, 1955-56/2002, p.110)

Esto nos permite dar cuenta que frente a Otro absoluto, no hay lugar para que se pregunte, sino que se mueve con certezas y esto permite ir entendiendo el discurso en el que circula.

Lacan (1957-58/2002), nos dice que en la psicosis la función de la palabra, del discurso, está perturbada. No hay articulación de los dos significantes (S1 y S2), lo cual produce un trastorno en la relación del sujeto y el “objeto a”, por esto no tiene lazo social. Esa desarticulación está relacionada con una alteración a nivel de la construcción de la cadena signifiante, por esto mismo el psicótico no puede sustituir significantes ya que la metáfora no tuvo éxito, no puede generar ese plus de sentido que le otorgaría la metáfora.

Capítulo 3:
EL ABORDAJE DESDE
EL
ACOMPañAMIENTO
TERAPÉUTICO Y SU
RELACIÓN CON EL
PSICOANÁLISIS

Aspectos Generales del Acompañamiento Terapéutico

Diferenciando conceptos

Para poder ir comprendiendo los resultados a los que llegaron los avances producidos en pos de dar un sustento a la práctica mencionada, es preciso definir primero al Acompañamiento Terapéutico desde Rossi (2010) que lo considera como:

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, parques, escuela, etc. (pp.44-45)

De esta manera, podremos introducirnos en los puntos que se desprenden desde su función, para ir ampliando demás aspectos. Pero antes, es necesario diferenciar lo mencionado, del concepto de Acompañante Terapéutico.

Así acudimos a Kuras de Maurer y Resnisky (1985) que definen al Acompañante Terapéutico como:

Aquel que asiste al paciente en crisis y puede hacerlo desde la fase diagnóstica y/o a través de todo el proceso terapéutico. Su labor no puede cumplirse en forma aislada. Está siempre inscripta en el seno de un equipo. Es la pertenencia al mismo y la identificación con el esquema referencial y las pautas de trabajo que de él emanan, lo que permitirá perfilar su quehacer clínico con claridad. (p.112)

Entendiendo entonces que el Acompañante Terapéutico es quien desempeña la tarea que se desarrolla en el campo de la práctica mencionada: el Acompañamiento Terapéutico.

Rol del Acompañante Terapéutico

El rol del Acompañante Terapéutico es trabajado por Sarbia (2014) quien nos refiere que se gesta de la mano de movimientos de desmanicomialización que se dan a nivel mundial y con el afán de evitar las consecuencias que el encierro producía en quienes atravesaban procesos de internación psiquiátrica.

Fue abriéndose una ruta que se transita hasta la actualidad con numerosos aportes teóricos fundados en la práctica instrumentada. Cuenta el Dr. E. Kalina que recién en 1970 creó el rol de amigo calificado, como resultado de la necesidad de contar con más recursos para tratar adolescentes con problemas (...) un rol que no agotaba su campo en las acciones recíprocas propias de la amistad, sino que se fundaba en la asimetría.

Esto también es sostenido por Scheneeroff y Edelstein, (2004), que nos transmiten que así Kalina es el primero en llamar “amigo calificado” con el fin de solucionar falencias de muchas instituciones psiquiátricas. Pero con el correr del trabajo surgió la necesidad de cambiar la denominación porque si no de esta manera se acentuaba el componente amistoso del vínculo. Al comenzar a nombrarlo como Acompañante Terapéutico a este nuevo agente de salud, se marcó lo que de terapéutico tiene este tipo de función asistencial.

Dichos autores nos refieren además que se gestó un rol a partir de la necesidad de contar con más posibilidades para tratar pacientes de difícil abordaje y por la insuficiencia de los tratamientos convencionales. Hoy la perspectiva laboral para el Acompañante Terapéutico amplía el abanico de posibilidades, es llamado para acompañar situaciones que presentan dificultades de mayor o menor complejidad.

Desde entonces, el AT viene haciendo camino, aportando desde su inserción en una estrategia de trabajo terapéutico que otros profesionales

delinean, trabajando en torno a las indicaciones que recibe. Algo más que acompañar ya que su labor estará inserta en una estrategia terapéutica. Así, desplegará su táctica para involucrarse con aquello que le indicaron inserto en la cotidianidad del paciente.

A su vez sostienen que los A.T tienen un rol y deben formarse adecuadamente para ello.

Esto también es tomado por Kuras de Maurer y Resnizky (2005) que esclarecen que el rol del AT, se encuadra en un trabajo asimétrico, no es un amigo aunque pueda establecer lazos afectivos con el paciente. Forma parte de un equipo psicoterapéutico, realiza una tarea asistencial y es remunerado por su trabajo.

Por lo tanto, como lo dicen Scheneeroff y Edelstein (2004) es necesario poner en juego cierta habilidad personal para establecer un buen vínculo con el paciente, desde este rol y desde el lugar que realmente se ocupa y no desde el rol que el paciente desea adjudicarnos o desde el lugar en que desea situarnos. A partir de esto podemos comenzar a pensar las funciones que puede desarrollar en su campo de trabajo.

Funciones del Acompañante Terapéutico

Cuando nos embarcamos en la tarea de delimitar las pautas que hacen a la práctica del Acompañante Terapéutico, es preciso considerar los “no y los ni” en los que éste puede ser colocado.

Esto lo esclarece de la siguiente forma Rossi (2010, p.43) “ni psicoterapeuta, ni analista. Ni asistente o trabajador social. Ni educador especial, ni maestra recuperadora. Ni enfermero psiquiátrico. Ni vigilante, custodio o guardia privado. Ni secretario. Ni amigo, ni familiar”.

Ante lo cual, nos refiere que aunque el A.T. en ocasiones tiene cierto “semblante” que lo asimila a estos lugares, y que puede ser ubicado por el paciente allí, paradójicamente será de estos roles de los que debe diferenciarse.

Allí agrega lo que “*no es el A.T.*”. Respecto de esto nos dice “...ese NO tiene que quedar claro en especial para quien *soporta* aquel lugar. Luego, maniobrará sobre aquello que *soporta*, que el paciente deposita en cada acompañante, cuya figura tendrá significaciones negativas y positivas, más allá de su *buena intención*” (Rossi, 2010, p.43)

Lo cual nos acerca a la noción de tener en claro que esto debe ser explicitado al paciente y su familia, tanto en el comienzo como en el devenir del proceso. Si ello no se lleva a cabo, Rossi nos dice que puede que coloque al acompañante en un atolladero, sin maniobra o precipitar actuaciones y reacciones impulsivas por parte del paciente y, también del A.T. Esto es, que se debe ir delimitando su campo, estableciendo diferencias con otros lugares, acotando expectativas, llevando a establecer una estrategia de tratamiento en relación a las particularidades del caso.

Ahora será prudente, poder aclarar entonces cómo debe ir estableciendo ciertas pautas, aunque algunas se definan en el transcurso del tratamiento a llevar a cabo. Para ello consideramos que el Acompañante Terapéutico está atento al vínculo que establece y las actividades que se realizan dentro del acompañamiento que están relacionadas con la vida cotidiana del paciente, su familia, amigos, trabajo.

Kuras de Maurer y Resnizky (2005) mencionan que las condiciones para ejercer dicho trabajo son:

-La contención sería la primera y fundamental función del AT. Debe ofrecerse como sostén al paciente ante su ansiedad, angustia, temores, inseguridades.

-Servir como modelo, prestando la imagen como espejo (fase) para que puedan desarrollar respuestas más adaptativas, esto ayuda al paciente a aprender a esperar y postergar.

-El AT, tratará de desarrollar las áreas más organizadas de la personalidad del paciente, percibiendo y reforzando potenciales intereses y posibilidades naturales.

-En el caso de pacientes perturbados el AT, tratará de conectarlo con la realidad ayudándolo a organizar su relación con el mundo, sus vivencias y sus vínculos.

El AT debe incluirse en el mundo del paciente, escuchándolo sin miedo, sin emitir juicios valorativos, sin interpretar. Sin apresurarse a decir si algo pertenece a la realidad o no. (Scheneeroff y Edelstein, 2004)

Dichos autores siguen esta línea esclareciendo que debe situarse a una distancia prudencial para poder pensar con autonomía. Poder dialogar con el paciente manteniendo al mismo tiempo una disociación instrumental (disociación implica la capacidad de separarse o dividirse internamente, dejando de lado determinados aspectos de la personalidad y asumiendo otros, sin que se mezclen o comuniquen entre sí).

Unos de los riesgos más frecuentes que corre el AT es el de identificarse con el paciente en los momentos en que éste se siente víctima, incomprendido o maltratado por quienes lo rodean.

Es por ello la importancia de mantener un estricto compromiso con la tarea asumida.

Relación con el acompañado

A la hora de comenzar a poner en marcha la idea de desarrollar esta práctica, se debe tener en cuenta que estamos frente a un sujeto, el cual posee

una estructura que va a ir delimitando su subjetividad. Por lo tanto se debe tener en cuenta lo que Scheneeroff y Edelstein (2004), manifiestan al trabajar desde este lugar:

El comienzo de la relación puede ser de desconfianza o de transferencia masiva, la desconfianza marca una distancia que puede estar provocada por la patología pero necesaria en todo encuentro vincular. Cuando predomina la transferencia masiva y abrupta, se produce un vínculo de idealización del acompañante.

La empatía lograda con el paciente permitirá desarrollar las funciones del AT, establecidas por el terapeuta o el equipo.

La frecuencia y las características del vínculo pueden generar confusión de roles. El criterio profesional podrá posibilitar un proceso de evolución clínica favorable.

Lo esperable en una finalización de acompañamiento es que sea planificada, organizada, elaborada y supervisada.

Aspectos del Proceso de Tratamiento

Sus modalidades de inserción abarcan tratamientos ambulatorios; procesos de internación o externación; internación domiciliaria; en la reinserción o inserción laboral, educativa, social, familiar. Se desempeñará en diferentes ámbitos: clínico, residencial, forense, educativo, entre otros (práctica privada y pública) y con personas de diferentes edades. (Sarbia, 2014)

Sarbia agrega que para su función, hay espacios de formación para el AT que le permitirán trabajar de la mejor manera posible: el propio análisis; la teoría en que base su quehacer; el espacio de supervisión al que acuda.

El marco teórico en que sustente sus intervenciones dará lugar a diferentes posicionamientos respecto de la orientación de su trabajo, aunque tenga en cuenta la estrategia que comande ese proceso terapéutico.

Scheneeroff y Edelstein (2004), trabajan las modalidades de abordaje posible, desde donde se solicita la intervención, las mismas son desarrolladas de la siguiente manera:

En la situación en que el paciente sea ambulatorio, es fundamental llevar a cabo en equipo la evaluación e intercambio de la información, como así también el acordar estrategias y herramientas a implementar en el acompañamiento.

Los pacientes ambulatorios presentan menor riesgo que los hospitalizados, con lo cual se puede planificar actividades en el exterior, con el debido cuidado que corresponda en cada caso. Se puede organizar con el paciente el uso que hace de su tiempo. Favorecer actividades creativas, utilizar sus potenciales para generar motivaciones que logren un mejor manejo de su vida cotidiana.

Cuando el paciente concurre de manera parcial a un Hospital de día allí cumple con las actividades diarias de la institución y luego se reintegra a su hogar. Fuera del hospital, los acompañamientos terapéuticos realizan tareas atinentes a su vida cotidiana.

Cuando los pacientes están internados, tienden a aislarse, es tarea del AT, integrarlo al medio y posibilitar el vínculo con el exterior. Dentro de la institución si está en condiciones de trasladarse por sus propios medios o con ayuda mecánica, sería conveniente hacer recorridos por áreas más agradables como ser el jardín del lugar. En casos de pacientes muy descompensados como por ejemplo ante intentos de suicidio, se deben realizar guardias de acompañantes.

Esto nos permite ir delimitando aún más la estrategia de trabajo a desempeñar en cada caso, sujeta a cierta flexibilidad dependiendo las posibilidades y disponibilidades desde donde se trabaje.

Pautas específicas

Kuras de Maurer y Resnizky (2009) nos transmiten la necesidad de una consigna inicial, como elemento ordenador indispensable para la relación que comienza. Esto quiere decir que se debe dar la instauración de un encuadre, entendido como:

Conjunto de normas de funcionamiento dadas para que la tarea pueda desarrollarse en las mejores condiciones posibles, sin que se vea interferida por tendencias provenientes del paciente o bien del Acompañante Terapéutico que puedan hacer peligrar el objetivo de dicha labor. (pp.68-69)

En esto queda reflejado que la consigna, se hace necesaria como elemento que guía la nueva tarea para ambos miembros de la relación. Esto les dará un objetivo común y evitará ambigüedades al respecto de la función que convoca al acompañante como agente terapéutico. Si bien hay muchas maneras de formularla, el único requisito para que sea accesible al paciente es que sea sencilla y clara.

Es por ello que el acompañante realizará un convenio claro y específico con quienes requieran su servicio. Este contrato se establecerá según las características del paciente, por el equipo tratante, el profesional a cargo o la familia del mismo. Scheneeroff y Edelstein (2004).

Respecto a esto, Rossi (2010, p.54) nos dice "...un contrato que dará las referencias para la situación de A.T-paciente, A.T-familia, A.T-equipo profesional."

Este contrato puede ser realizado por el A.T., coordinador, terapeuta o la institución, o varios de ellos en conjunto, con la familia y/o con el paciente. Es conveniente especificar los elementos básicos inicialmente aunque después se re-contrate.

Además se especificará: rol del AT, objetivos, tiempo (cantidad de horas), duración, condiciones, lugar y honorarios. Si bien estos elementos deben ser

constantes, se contempla a su vez las *variaciones* que puedan darse en el transcurso del tiempo.

Respecto del encuadre, no es el lugar físico nos explica Rossi (2010), hay casos en los que no será algo predeterminado desde la variable temporal. Sin embargo determinar un horario de comienzo y fin del acompañamiento, en la mayoría, especifica un contorno fijo que en muchas ocasiones es imprescindible.

Esto es "...establecer un encuadre implica que haya condiciones para que el A.T. cuente con ese tiempo y espacio necesario, dejar que le permita tener la disposición mental acorde a la situación". (Rossi 2010, p.54)

Scheneeroff y Edelstein (2004) nos transmiten que además es fundamental la correcta capacitación, para no confundirse con el rol del psicólogo, psiquiatra ni del resto del equipo terapéutico. La propia resolución de conflictos personales mediante la propia psicoterapia, es indispensable para quienes elijan ser Acompañantes.

Por ello considerar la gravedad de los casos, ya que requieren a su cargo de personas estables, contenidas en un marco terapéutico y que realicen indefectiblemente supervisión de los casos tratados.

Sería oportuno considerar la supervisión, que si bien ya se mencionó en el capítulo inicial, es preciso no olvidarlo en este apartado, ya que se refiere a un tipo especial de proceso de aprendizaje basado en el estudio del material que describe entre un paciente y quien lo asiste.

Así Kuras de Maurer y Resnizky (2011) refieren que dicho aspecto suele estar a cargo de Acompañantes Terapéuticos con más experiencia y especialización en el desempeño del rol de sus consultantes. Pueden ser individuales o grupales, preferentemente semanal y su propósito es el de entrenar a los acompañantes para trabajar en un campo que, requiere de quienes se acerquen a él, tengan el resguardo de cuidarse y cuidar mejor al paciente. Las

reuniones están destinadas a planificar estrategias para el paciente, las supervisiones están centradas en la interacción del paciente con su AT.

Además Scheneeroff y Edelstein (2004) plantean la necesidad de definir los objetivos del acompañamiento dentro del marco del proceso terapéutico. Éstos deben ser claros y precisos a los fines de operar efectivamente.

Conocer la patología, investigar si así lo requiere la situación, son pilares fundamentales para comenzar a comprender al paciente. Se debe evaluar por cuestiones personales y por el momento que atraviesa el AT, si ese caso es viable llevarlo adelante. Es preferible decir no, que lamentar las consecuencias futuras.

También agregan que la urgencia de la situación, marcará la precisión de la intervención. Desde el comienzo hasta el final del tratamiento, se deberán acordar según los objetivos planteados por el equipo, cuáles serán las estrategias a utilizar.

Si surgiera una dificultad en asistir al paciente por cuestiones personales del acompañante, éste deberá suplir el horario con otro acompañante

Articulaciones desde Freud

Encuadre

Para continuar trabajando este concepto, sería importante traerlo a Freud ya que en su texto Sobre la iniciación del tratamiento (1913/1930), esclarece los puntos a tener en cuenta a la hora de trabajar con sujetos, considerando el tiempo, la duración, honorarios y cómo comenzar el tratamiento. Allí menciona que:

(...) se consideraba la importancia de que al obtener por medio de otras personas información sobre el trauma infantil olvidado, fueran ellas los padres, los encargados de la crianza, y se apresuraban en poner en conocimiento del enfermo la noticia y las pruebas de su exactitud, con la expectativa de llevar así neurosis y tratamientos a un rápido final. El éxito

esperado no se producía. El enfermo conociendo su vivencia traumática, se comportaba como si no supiera más que antes. Ni siquiera el recuerdo del trauma reprimido quería aflorar tras su comunicación y descripción. El motor más directo de la Terapia es el padecer del paciente y el deseo de sanar. En el curso del análisis se debita fuerza pulsional, la cual no conoce los caminos a recorrer y no suministra los montos de energía necesarios contra las resistencias. Lo cual se resuelve en el tratamiento mediante la transferencia. (pp. 142-143)

Freud en Sobre la dinámica de la transferencia (1912/1930) ya traía este concepto de transferencia donde refiere que:

Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como las metas que ha de fijarse (...) Es entonces normal que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico. (pp. 97-98)

Allí destaca como la primera meta de un tratamiento es establecer una transferencia operativa, un rapport en regla y para lo cual, no hace falta más que darle tiempo. Si se le testimonia un serio interés, se pone cuidado en eliminar las resistencias que afloran al comienzo y se evitan ciertos yerros, el paciente por sí solo produce ese allegamiento y enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor.

Podemos pensar hasta el momento, que el acompañante por lo que dice Freud, se incluiría en el mundo del paciente, escuchándolo sin miedo, sin emitir juicios valorativos, sin apresurarse a indicar si lo que dice se corresponde o no con la realidad y, sobre todo, sin interpretarlo. Pero a la vez, apuntando a no olvidarse de tomar una distancia prudencial para movilizar al sujeto a su propio trabajo.

Esto nos permite ir elaborando desde dicha mirada el trabajo con un sujeto que padece un malestar, y poder comprender que va a establecer una relación con el A.T, en la que depositará aspectos que tienen que ver con una instancia del orden del inconsciente.

Dispositivo clínico en el Acompañamiento Terapéutico

Traemos a Kuras de Maurer y Resnizky (2009), que nos dicen que el Acompañante Terapéutico remite, en todos los casos, a la idea de un “*auxilio ajeno*” aquello que nombramos desde Freud la “*acción específica*”, necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento.

Allí continúan diciendo:

La acción específica del Acompañante Terapéutico supone leer lo que le pasa a otro, en este caso la *necesidad* de su paciente, para ayudarlo a aliviar la tensión y el sufrimiento que trae aparejada la carencia. El Acompañante Terapéutico como parte de un dispositivo clínico, intenta fundar una instancia apaciguante y reparatoria, viene a cumplir una función que no hubo o fue deficitaria. El acompañante se dispone a brindarse como prójimo (Nebensmench) que opere como soporte. Soportar, en el sentido de ofrecer una presencia implicada, comprometida con la dolencia del paciente. Invertir libidinalmente el proyecto de acompañar nutre la tarea y favorece el proceso de apropiación subjetiva que esta profesión requiere. (pp.65-66)

Esto es, que ante situaciones en que las vivencias internas o externas desencadenen sentimientos de desamparo, de necesidad de ser sostenidos, mirados, escuchados por otro, para equilibrar las tensiones, es allí donde puede aparecer la tarea del acompañante.

Dichas autoras, pero en su obra *Territorios del acompañamiento terapéutico* (2005, 37) manifiestan que “Una de las funciones del aparato anímico es la de ligar mociones pulsionales que le llegan, sustituir el proceso primario (...) por el secundario, transmutar su energía de investidura libremente móvil en investidura predominantemente quiescente. El pasaje del proceso primario al secundario,

aprender a postergar, tolerar frustraciones, aceptar límites, son entre otros, entrenamientos que se despliegan en el espacio del acompañamiento”.

Lo que venimos mencionando nos habla de la primera tópica en que Freud se refiere al aparato psíquico, donde el “Acompañante Terapéutico trabajará fundamentalmente con los contenidos del sistema Pre consciente-Consciente, no hará interpretaciones (...), aunque comprenda los contenidos inconscientes presentes en una situación. Dialogar con el paciente, comentar una película, leer un recorte del diario, compartir algunas vivencias ya implica un enriquecimiento para el paciente en la medida en que le permite comunicarse, expresarse, fortalecer su capacidad simbólica. Resultan terapéuticas tareas que lo ayudan a ubicarse en el tiempo y espacio”. Kuras de Maurer y Resnizky, (2009, p.172)

También puede pensarse la relación de la segunda tópica del aparato psíquico que se trabajó desde Freud, donde Kuras de Maurer y Resnisky (2009) lo trabajaron de la siguiente manera:

El Ello es el reservorio de todas las instancias pulsionales irracionales, primitivas e infantiles que buscan obtener una satisfacción inmediata. El Super Yo va a ejercer la función de juez o censor del Ello. Sus funciones son: la conciencia moral y la auto-observación. El Ello por su lado intenta satisfacer sus deseos, el Yo débil y frágil trata de gobernarlo y de adecuarse a la realidad, pero ni aun cuando lo logra puede el individuo sentirse satisfecho porque el Super Yo continúa exigiendo y censurando. Éste actúa como un tirano que considera al sujeto culpable de infinidad de pecados y merecedor de constantes castigos (p.172)

Respecto a esto, también nos dicen: “El Yo, intentará gobernar a este aparato psíquico tironeado, tratando de satisfacer los deseos del Ello, las exigencias del Super Yo, y de adecuarse a la realidad. El Yo sede de la angustia, será la instancia encargada de poner en funcionamiento los mecanismos de defensa cuando perciba algún peligro, ya sea externo o interno”. (p.173)

Pensando el abordaje propuesto las autoras refieren, que “el Yo es tierra del acompañante. Trabajar predominantemente con el Yo del paciente, implica abordarlo en sus aspectos más maduros, y conservados para enriquecerlos, ayudándole de este modo, a desarrollar su potencial”. (Kuras de Maurer y Resnizky, 2009, p.174)

Articulaciones desde Lacan

La idea del acompañamiento se ubica en términos de pedido. Cabe diferenciar la noción de demanda en el planteo de J. Lacan, de la idea de “pedido”. Esto nos lleva a considerarla como una forma de nombrar los pedidos cotidianos que un sujeto realiza. Aquellos que el paciente y la familia hacen en el vínculo con el A.T., durante su tarea, con cierta intensidad. Rossi (2010)

Así Lacan en el Seminario 6, El deseo y su interpretación, (1958-59/2014) distingue que el concepto de demandar es tomado por él para transmitir que el sujeto no ha hecho nunca otra cosa, no ha podido vivir sino por eso. La demanda será siempre demanda de amor, de palabras y de presencia. Si bien podemos observar la presencia del deseo en la demanda, y tomamos contacto con el deseo a través de ella, también observamos que el deseo no se deja tomar por la demanda.

Esto Lacan lo trabaja en La Dirección de la Cura y los principios de su poder (1958/2013), donde nos dice que el analista apoya la demanda Este proceder tiene la finalidad de que reaparezcan en el campo de la transferencia los significantes retenidos, para que repita y en la repetición reaparezcan en la relación al analista los significantes de sus peticiones, lo que posibilitará el trabajo analizante.

Allí continúa diciendo, que la demanda es intrínseca al ser humano: dependerá de la posición que adopte quien reciba esa demanda, para que esta sea puesta a trabajar (o no) en el marco de un tratamiento, y para que se constituya un análisis. El analista apoya la demanda, para permitir que

reaparezcan los significantes, en tanto, por intermedio de esa demanda, todo lo pasado se entreabre hasta el fondo de la primera infancia.

Al mencionar esto, es necesario considerar que la posición del Acompañante Terapéutico no es la posición del analista. Debe ubicarse, nos dice Rossi, en un lugar distinto en cuanto a su respuesta a la demanda del paciente.

Rossi (2010), continúa diciendo:

Desde su presencia, con su palabra, y también con su escucha, está en ese borde con un silencio que se haga tolerable. Tendrá lo que llamaría otra *permeabilidad* ante las demandas del paciente, no a todas ni en cualquier momento, pero sí al menos ante cierta dimensión. No es función del acompañante *taponar* respondiendo a toda demanda. No responder a determinadas demandas, es un *acto* que tiene consecuencias como ordenador. El A.T, cuando está orientado por el discurso analítico, *estará advertido* de las características estructurales de la demanda. Esto es, que la misma no puede ser satisfecha. Que dice siempre “*algo más*”, en lo que pide. Pide más. (p.98)

Con frecuencia su tarea va a consistir en “poner el oído”. Allí el A.T hace un relevo de las figuras familiares. Y a su vez da otro valor a ese tiempo en el cual algo se va elaborando, permite una tramitación por la palabra, lo cual muchas veces favorece que ceda la angustia.

Además Rossi (2010), esclarece que el A.T no tiene por función interpretar, aunque el sujeto diga siempre algo más de lo que quiere decir. No se ubica en el lugar del *intérprete* como sí lo hace el analista. La función de éste se presenta como una “x”, en tanto incógnita que permite al sujeto el trabajo sobre su deseo.

En la mayoría de los casos no es sólo el “estar” allí, sino que el acompañante también se inscribe en un universo simbólico que implica también prestar la escucha y estar dispuesto al diálogo. Un estar ahí desde un nombre: no es alguien más en una serie, sino que adquiere un contorno particular en la *economía libidinal* del paciente. Rossi (2010)

Allí también, Rossi, trabaja el concepto de semejante, como aquel cuya imagen guarda determinada simetría; donde aparece un plano de cierta “igualdad”, tanto como de una cierta “identidad”, un plano en que se establecen puntos de comparación, como suele darse en una amistad.

Lacan en el Seminario 2, El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1955-56/2002, p.366), trabaja el semejante y nos dice “El yo ve bajo la forma del otro especular a aquel que por razones que son estructurales llamamos su semejante”.

El yo y el otro (semejante), son imaginarios, tomados como objetos, porque son nombrados como tales en un sistema organizado, que es el muro del lenguaje.

Así Lacan (1955-56/2002) nos explica:

Quando el sujeto habla con sus semejantes lo hace en el lenguaje común, que toma a los yo imaginarios por cosas (...) reales. No pudiendo saber lo que hay en el campo donde se sostiene el diálogo concreto. En la medida en que el sujeto los pone en relación con su propia imagen, aquellos a quienes les habla también son aquellos con quienes se identifica. (p.366)

Además allí Lacan habla del Otro (con mayúscula), y nos dirá:

Esos Otros, están del otro lado del muro del lenguaje, allí donde en principio no los alcanzo jamás. A ello apunto cada vez que pronuncio una verdadera palabra, pero siempre alcanzo a-a', por reflexión. Apunto siempre a los verdaderos sujetos, y tengo que contentarme con sombras. El sujeto está separado de los Otros, los verdaderos, por el muro del lenguaje. (p.367)

“Es la relación especular lo que interfiere con el muro del lenguaje, debido a ella lo que es del yo siempre se percibe, se apropia, por intermedio de otro, el cual conserva siempre para el sujeto las propiedades (...) de la imagen fundamental del yo. De ella surgen los desconocimientos merced a los cuales se establecen en

tanto los malentendidos como la comunicación común”. (Lacan 1955-56/2002, p.371)

El semejante funciona así, al modo de una superficie especular que hace de barrera al goce invasivo del Otro. Hay un goce que no pasa a la imagen, y con ese otro vaciado de goce puede sostenerse algún posible lazo.

Rossi toma este concepto de semejante y refiere que no es necesariamente el prójimo, por lo que a través de Ritvo (citado en Rossi, 2010) sostiene que:

Éste no es reducible al semejante, cuya semejanza óptica se diferencia de la inquietante cercanía del prójimo, puesto que la semejanza es una apariencia de identidad (la identidad es solo apariencia de identidad, simbólicamente tomada) siempre amenazante y menesterosa de diferencias. Se trata de un vínculo en el que la relación originaria no es de yo a yo; sino del yo con el Otro como lugar del código, de la estructura simbólica constituida por significantes; pero que por definición está descompletada, conlleva una falta. Es un Otro barrado en el que no existe un significante que le de identidad al sujeto, por esto el yo, como conjunto desintegrado de identificaciones, es un lugar de engaño, mentira que le hace creer al sujeto saber quién es. (pp. 111-112)

Lacan en el Seminario De un Otro al otro, clase XIV (1968/2001), nos habla de esto y nos dice que “el prójimo es la inminencia intolerable del goce” (p.207).

Se trata del goce que el otro puede ejercer respecto de mí y el que yo puedo ejercer respecto de él, en un encuentro en donde no hay garantías de lo que pueda suceder. Esto lleva a pensar que el prójimo es el Otro que emerge en su alteridad, ligado a la castración, y se ofrece desde su diferencia, sin la cual sería imposible generar algo nuevo.

El prójimo, entonces, es la insoportable otredad del Otro. Sin embargo, al mismo tiempo, está habitado por la misma estructura que yo, sufre igual que yo, tiene la misma fragilidad.

De esta manera, lo que se expresa es la posibilidad de pensar ambas dimensiones en la situación del Acompañante Terapéutico, para lo que tendremos en cuenta lo que dice Rossi (2010, 112) “en la práctica del acompañante terapéutico de lo que se trata es de regular esa distancia según cada caso y cada situación particular”.

Puntualizaciones en el Acompañamiento Terapéutico respecto de la psicosis

Para comenzar a desempeñarnos en el campo como A.T, desde la modalidad presentada, los requisitos que se deben tener en cuenta son:

- formación profesional
- formar parte de un equipo de trabajo
- establecer un encuadre específico
- hacer análisis individual
- supervisar lo trabajado durante todo el proceso

Al haber iniciado este trabajo partiendo de considerar el Acompañamiento Terapéutico en la psicosis desde el psicoanálisis, dejaremos asentado lo que nos dice Mauricio Ruiz (como se citó en Rossi, 1995) respecto de acompañar la psicosis. Allí nos dice que es indispensable así como incluimos y tenemos en cuenta las demandas familiares, de su analista, obra social, juez; incluir y trabajar a partir de lo que el paciente manifiesta, como preocupación, interés. Apunta a que se establezca un acuerdo con el paciente sobre por lo menos algunos puntos y a veces por un tiempo mínimo para que se pueda acordar en algún momento en qué consistirá su plan de cura.

Por lo tanto el dispositivo terapéutico debe tener la flexibilidad suficiente como para contener crisis, sin abolir al sujeto.

Así nos involucraremos en dicha práctica con un paciente con psicosis, para lo cual es preciso considerar a Colette Soler (citado en Kuras de Maurer y Resnizky, 2009) quien propone para el analista distintos modos de intervención:

El silencio de abstención sería un modo de intervención cada vez que el analista sea solicitado como Otro primordial, poseedor de todo el saber. Esa negativa frente al enunciado demandante del paciente que busca totalización, deja el campo libre para la construcción del delirio. En esos momentos el analista es sólo un testigo, alguien frente al cual el sujeto puede dar testimonio. Otro modo de intervenir es haciendo de prótesis a la prohibición faltante, pudiendo decir que no, allí donde el paciente se dejaría arrastrar a situaciones mortíferas. (p.165)

También Gerard Pommier (citado en Kuras de Maurer y Resnizky, 2009, pp.165-166) “propone acompañar al paciente en momentos delirantes como testigo-soporte del delirio, sin intervenir ni cuestionar, sin convencer, ni rectificar”

Respecto de lo mencionado Kuras de Maurer y Resnizky (2009, p.166) refieren que “si bien Colette Soler y Gerard Pommier desarrollan este concepto en relación a la actitud del analista frente al paciente que delira, ubicando al analista en el lugar de un testigo-mudo al que se transmite una verdad, se incorpora dicha estrategia desde la posición a adoptar como Acompañante Terapéutico”.

Esto es la idea de que el AT ofrece su presencia para poder acompañar la alucinación y el delirio al modo de un testigo-soporte. Por lo que se sostiene la forma de una alternancia de distintas intervenciones, acorde con los diferentes momentos del proceso, desde un silencio estratégico a una palabra que calma, a una palabra que alienta.

Lo mencionado, nos lleva a la siguiente reflexión “El Acompañante Terapéutico sería como un soporte material, testigo-soporte del delirio y la alucinación, soporte de la angustia y el terror, soporte que apuntala y suplementa y abre con su presencia la posibilidad y la esperanza de que algo nuevo ocurra” Kuras de Maurer y Resnizky (2009, p.166).

Además se debe considerar todas las conceptualizaciones mencionadas durante este capítulo que van delimitando el rol del acompañante, sus funciones, los objetivos que se plantearon, lo cual va a depender de dos cosas: el cuadro patológico y su particularidad.

Sumado a lo que se viene desarrollando podemos agregar que un sujeto afectado por la locura (no sólo en psicosis), va a encontrar primordialmente perturbada su relación con el espacio público, vínculo con los otros, con lugares que frecuentaba. Que algo de esto pueda restablecerse, sostenerse, es donde podemos ubicar la intervención del A.T. (Rossi, citado en Bertrán, 2004)

Allí nos dice “ese sujeto aparece empujado al encierro. Le resulta agresivo el movimiento urbano, las miradas en un colectivo, las risas en un partido” (Rossi citado en Bertrán, 2004, p.125).

Esto se debe a que en esos espacios públicos aparece perdido, desorientado, lo cual muchas veces se conjuga con un intento de agresión hacia quienes lo rodean, su impulso hacia la ruptura con el tejido social y su refugio en el aislamiento.

Es por ello que se continúa esclareciendo que el Acompañamiento Terapéutico es una herramienta eficaz para restablecer esos lazos, en momentos y determinados casos. No como recurso exclusivo sino que toma su valor en la construcción de un equipo que da lugar en su estrategia de abordaje.

Esto nos conduce a lo que dice Rossi (citado en Bertrán, 2004)

El acompañamiento como función puede incluirse por fuera del hospital o del hogar, para generar condiciones de rehabilitación ante una situación en la que el sujeto se encuentra herido en su capacidad de vincularse, con el objetivo de que acceda a algún *antídoto* como ayuda para paliar ese momento, ante un padecimiento que lo desgarrar en su existencia. Y reforzar sus posibilidades de acceso a algún bienestar o, en otros términos de acotar algo del goce, siempre excesivo, por la vía de la palabra y la escucha. (pp. 125-126)

Para poder pensar cómo trabajar entonces cuando estamos frente a un paciente con psicosis, Rossi (2004) nos esclarece que se debe intentar evitar que los efectos de este padecimiento dañen el cuerpo, y que el equipo proponga tratamiento extra-hospitalario teniendo algún lugar, que permita el contacto urbano diario, donde los ciudadanos viven e intercambian.

Allí se explaya dándole una importancia central a la palabra por parte del sujeto, y nos refiere que para que un sujeto pueda tomar la palabra, se debe precisar algo que parece obvio, y es que estén dadas las *condiciones* para que la misma advenga, y luego pueda sostenerse. Apunta a que se tenga en cuenta la *singularidad* de un sujeto, en las que no se puede dejar de lado las variables (familiares/sociales), y condiciones materiales en que se desarrolla un tratamiento. Aquellas con las que se está en ese borde en el que incluimos la tarea del A.T.

La familia en la psicosis

A la hora de trabajar con un sujeto, siempre veremos involucrada su novela familiar, su historia. Es por ello, que al incorporarnos a un tratamiento en su mayoría van a estar sus familiares en cierta medida como parte de lo que sucede con quien va a ser el paciente.

En los casos que trabajemos específicamente con psicosis, observaremos que el funcionamiento familiar se ve distorsionado con la crisis psicótica en alguno de sus miembros. Opera como un emergente nuevo que aparece como consecuencia de la ruptura del equilibrio familiar, con la aparición de tensiones particulares en ese grupo familiar. Es necesario conocer este funcionamiento para que el paciente y la familia sean encarados como dos partes de la misma. (Scheneerof y Edelstein, 2004).

Para tener en cuenta el rol del Acompañante Terapéutico, mencionaremos lo que Kuras de Maurer y Resnizky (1987) dicen, que se trata de que al ingresar el A.T como parte del tratamiento, la familia aceptará esto con alivio, porque siente imposibilitados los recursos intentados. Superada la crisis, la familia, comienza a

volverse resistente al tratamiento, y por ende a lo que tenga que ver con éste, por lo que recae sobre la figura del acompañante también.

La familia puede experimentar diferentes sentimientos con la presencia de este nuevo agente, y generalmente intentará mostrar comportamientos adecuados. Y pondrá también sus ojos en el A.T, para ver si sus conductas puedan dificultar más al paciente en cuestión.

Es por ello que el rol que desempeñe el A.T, no es sencillo, deberá ganarse la confianza, pero teniendo en claro su función. Partiendo de un encuadre y sabiendo que cuenta con un equipo interdisciplinario en el cual apoyarse, sin dejar de lado los objetivos que lo llevan a desempeñar su tarea.

Acompañar en la urgencia: intervenciones desde la línea psicoanalítica

Venimos hablando del trabajo del A.T, pero no hemos especificado las consideraciones de lo que puede suceder al trabajar con la patología mencionada: “la psicosis”

Partiremos de los que nos habla Rossi (2010, p.52), que nos refiere que “ante *situaciones de catástrofe*, o cuando existe un clima de amenaza para la integridad personal, la prioridad es ofrecer un medio físico estable que restablezca un entorno relativamente constante y equilibrado”.

Allí continúa diciendo que para las intervenciones en los momentos de crisis es muy importante la noción de una *actividad entendida como contención*. Una “actividad-encuadre”, situaciones donde la actividad misma es parte de una estrategia tendiente a este contexto, el de dar un sostén.

Es necesario, además que el profesional encuentre el tiempo y disposición mental necesaria para atender en situaciones tan precarias. (Rossi, 2010).

Respecto de esto Fernandez Liliana, Olano Ma. Rosa, Gini Mónica, Pino Silvia y Cordero Fabiana (citadas en Rossi, 1995) nos transmiten su experiencia como acompañantes terapéuticas y dicen que muchas veces es difícil delimitar de quién es la urgencia, si del paciente, de la familia o del A.T.

Nos refieren que estos pacientes circulan por un espacio de todos y de nadie, por un tiempo posible o imposible del momento organizativo y no del paciente. Así se trabaja partiendo de la singularidad, apuntando a que esto sea lo que ordene los recursos, por eso el trabajar sin tiempos preestablecidos, interdisciplinariamente, con la familia o sin ella.

Fernandez (et al., citadas en Rossi, 1995) dicen:

El tiempo es un tiempo distinto, es un ir a ciegas en donde lo que ocurrirá se torna impredecible, ya que la urgencia puede dispararse por un acting-out o un pasaje al acto, siempre incluye la repetición en la verdad del sujeto en cuestión (intento de suicidio, producción delirante, alucinaciones, excitación psicomotriz (...)), éstas son las caras que puede presentar la urgencia, ya no hay explicación por la vía discursiva, el discurso queda desbordado, literalmente fuera de sus bordes (p.39)

Por lo que considerar el lugar del A.T en estas situaciones queda signado a incluirse en la escena acompañando al sujeto rebasado por la angustia y por momentos en posición de objeto, para que pueda recorrer su camino de constitución que le permita tomar la palabra en algún momento y ser escuchado.

Los A.T acompañan al tratamiento, no a la persona y sostienen una función que no será siempre la misma. En un principio el equipo trabajará a partir de posicionarse en los lugares de testigo y cuidado.

Esto es diferenciado por Fernandez (et al., citadas en Rossi, 1995), de la siguiente manera: "Cuidado: este será en un primer momento ante el riesgo pero sin dejar de escuchar con qué tiene que ver este riesgo y qué funciona como disparador en estas situaciones (...); Testigo: en el sentido de la cautela que es

necesaria en nuestra práctica respecto de lo que el paciente y su familia *dicen*". (p.40)

Allí esclarecen que en esto atraviesa la ética del psicoanálisis, porque la función es la de escuchar qué es lo que se está poniendo en juego. Esta posición permite decir que el A.T., no es una compañía ya que lo que le pone límite es lo terapéutico, no se acompaña al paciente a ningún lado, y no hay prejuicios del bien y del mal.

Dichas autoras, continúan diciendo "lo que se acompaña es la función misma, hay presencia en la persona del A.T, lo cual no quiere decir que ésta se pone en juego". (p.41)

Hay que tener en cuenta la labor del A.T., que se realiza en el contexto familiar, donde le dedican y muestran distintas escenas. La escucha permitirá la descripción de las mismas para poder luego intervenir desarmándolas e intentar hacer marca, que se posibilitará a través de la inclusión del acompañante en estas escenas.

Para concluir, esclareciendo el tema de la urgencia, la función que debe guiar al A.T desde la mirada planteada, es que el paciente que en un primer momento aparecía desde su situación de imposibilidad como un objeto, pueda, sin importar lo que pueda. Fernandez (et al., citadas en Rossi, 1995)

De esta manera podemos pensar la posición que adopta un psicótico, sin dejar de lado la subjetividad, para poder comprender el rol a ocupar como Acompañante Terapéutico.

La manera en que alguien es mirado, tocado, escuchado por otros, hace al modo en cómo éste se comporta, actúa y se expresa; va determinando su modo de posicionarse y de vincularse con los otros. Además lo más significativo es lo implícito, lo no verbalizado, lo que se juega en el terreno de la aceptación

inconsciente del otro. Si esto no acontece, no tiene lugar el Acompañamiento Terapéutico. (Bustos Graciela, citada en Kuras de Maurer y Resnizky, 2011)

Acompañar desde el AT, teniendo en cuenta la perspectiva psicoanalítica, será acompañar desde una mirada posible para intentar producir efectos en el sujeto, acompañando el proceso que se pone en juego.

Capítulo 4

CASO CLÍNICO: “ELI”

Se articulará de forma teórico-clínica lo que se viene trabajando, a partir de un Caso Clínico presentado por la Licenciada Marina Tesone en un Congreso de Acompañamiento Terapéutico en Buenos Aires, en el año 2003 llevado a cabo en el Hospital psiquiátrico público infanto juvenil: Hospital Carolina Tobar García, para poder pensar los conceptos abordados en los capítulos anteriores.

Presentación del Caso

Eli era una paciente adolescente de dieciséis años. Al momento de intervenir el equipo del Hospital, se encontraba encerrada en una humilde casa de Buenos Aires. A partir de dicha situación se decidió, internarla en el piso de mujeres.

El diagnóstico presentado por el psiquiatra (junto a un equipo de la Institución) fue: Psicosis Esquizofrénica y deficiencia mental leve.

La psicóloga de Eli, había considerado la posibilidad de un Acompañante Terapéutico para incorporar a los abordajes realizados, porque se encontraba en un estancamiento del tratamiento llevado a cabo hasta ese momento.

No se lograba que la paciente, se socializara con las demás pacientes, no participaba de ninguna actividad grupal. Había comenzado a ir a una Escuela Especial con ciertas dificultades.

Análisis del Caso

El diagnóstico

Eli se encontraba en un estado de “abandono”, un ambiente en el que estaba atravesando carencias, lo cual le generaba déficit en su calidad de vida y no recibía asistencia psiquiátrica ni psicológica.

Al ser trasladada al Hospital y ser diagnosticada por el Psiquiatra de guardia de psicosis esquizofrénica y debilidad mental, se propuso que se iniciara tratamiento psiquiátrico y psicológico, el cual se mantuvo durante dos años.

Pensando en el Acompañamiento

Pasado los dos años del tratamiento propuesto y al no observarse cambios en su evolución, fue necesario incorporar un Acompañante Terapéutico, que en este caso cumpliera la función de otro que sostuviera y ayudara a superar los obstáculos.

De esta manera podemos dar cuenta de la incorporación de la Acompañante Terapéutica, como un aporte profesional. En este caso se permite inferir que la A.T, trabajó desde una formación psicoanalítica, por las intervenciones que realizó.

De este modo, al contar con la Acompañante Terapéutica, la psicóloga y el psiquiatra, se estableció un equipo de trabajo para llevar a cabo las estrategias pertinentes. Esto abre la posibilidad de pensar el trabajo interdisciplinario como se mencionó desde la ley de salud mental N° 26.657.

Lo cual también es traído por Rossi (2010), al referir que el Acompañante Terapéutico es quien lleva a cabo junto al equipo que se forma, el abordaje de pacientes severamente perturbados, en crisis o emergencias, casos problemáticos o que no son abordables con estrategias psicoterapéuticas clásicas, proponiendo un tratamiento interdisciplinario .

Esclareciendo roles

La Acompañante Terapéutica cuando comienza a tomar contacto con la situación de Eli dice:

“Cuando me encontré con la psicóloga de la paciente, me explicó, que había considerado la posibilidad de un Acompañante Terapéutico para su paciente, porque la misma se encontraba como en una meseta en el tratamiento, no se lograba que Eli se socializara con las demás pacientes, mucho menos que participara de alguna actividad grupal y había comenzado a ir a la escuela especial con ciertas dificultades. Habiendo empezado a conocerla desde esta

presentación, pensé en cómo debía encarar la situación y fue a partir de tener en claro qué lugar iba a ocupar desde mi formación profesional"

Vemos que para comenzar a trabajar con Eli, la Acompañante Terapéutica tendrá, como lo dice Rossi (2010) que ir delimitando su campo, estableciendo diferencias con otros lugares, acotando expectativas, llevando a establecer una estrategia de tratamiento en relación a las particularidades del caso.

De acuerdo a lo referido en la viñeta, la A.T, se incorporó en un momento en que Eli tenía dificultades en el establecimiento de los vínculos, por lo que fue solicitada para que trabaje en este estancamiento.

Así traemos a Kuras de Maurer y Resnizky (2005) para dar cuenta que el rol de la AT, se encuadra en un trabajo asimétrico, no es un amigo aunque pueda establecer lazos afectivos con el paciente.

Estableciendo un contrato

Continuando con el relato, la A.T cuenta:

"Se esclareció como modalidad de trabajo, que Eli continuara con las sesiones individuales con la psicóloga, una vez a la semana, contando con el asesoramiento del psiquiatra respecto del tratamiento y que yo como acompañante asistiera dos veces a la semana. Propusimos generar un espacio en el que cada quince días aproximadamente nos reuniéramos para reforzar los objetivos propuestos"

Esto nos posibilita acercarnos a lo que trabajamos como contrato de trabajo, donde vemos que los profesionales esclarecen dentro del equipo interdisciplinario, pautas previas a trabajar con Eli, teniendo en cuenta que permanezcan constantes ciertas variables como lo definieron Kuras de Maurer y Resnizky (2009).

Otro de los requisitos, es que se inserte el acompañante dentro de un equipo de trabajo. Por ello la Acompañante Terapéutica que interviene en el proceso con Eli es planteada como lo dice Rossi (2004) no como recurso exclusivo sino que toma su valor en la construcción de un equipo que da lugar en su estrategia de abordaje. Forma parte del mismo, realiza una tarea asistencial y es remunerada por su trabajo.

Además se esclarece el espacio para supervisar la propuesta desempeñada y esto también es traído por Rossi, G. (2004), mencionándonos que la supervisión, contribuye a que se despejen aspectos de la subjetividad del A.T que pueden provocar interferencias a la hora de intervenir ante situaciones problemáticas. Esto es, que se trata de facilitar, que los temores, las incomodidades, sean explicitadas para que no hagan obstáculo y eviten que los sentimientos del acompañante se mezclen en la tarea.

La demanda

Respecto del trabajo con Eli diremos que al tratarse de una psicosis, no hay una demanda, no circula una pregunta hacia el Otro (¿qué quieres de mi?), sino que se posiciona desde el lugar de la certeza. Esto lo referían Trovarelli y Fracchia (2015) al decir que el psicótico es hablado por el Otro. No emerge como sujeto. No se dirige al Otro a partir de una demanda, sino que está en la posición de amo, pero a la vez se encuentra como objeto de goce de ese Otro.

Es por ello que la A.T, no va a ubicarse desde ese Otro absoluto que sabe lo que ella necesita, porque esto desestabilizaría a Eli.

Ante esto, como lo dice Rossi (2010), la acompañante desde su presencia, con su palabra, y también con su escucha, se colocará en un borde con un silencio que se haga tolerable.

Intervención de la Acompañante Terapéutica

Encuentro con Eli

La A.T, cuenta lo siguiente:

“Cuando conocí a Eli, estaba acostada en la cama muy desaliñada. Me presenté y tuvimos un pequeño diálogo en el que ella sólo contestaba mis preguntas con monosílabos. No sostenía una conversación ni podía comunicarse con el resto de los compañeros en las actividades grupales”.

En primer lugar, podemos inferir que los monosílabos dan cuenta del fenómeno de los trastornos en el lenguaje propio de la psicosis y en segundo lugar la dificultad en establecer relaciones estables con sus compañeros, reflejan la ruptura del lazo social. Respecto de esto Lacan (1955-56/2002) nos dice que ambos son producto de la forclusión del Nombre del Padre, que en un momento, dicho significante falta y desencadena fallas a nivel de lo simbólico.

El juego en Eli

“Con el tiempo logré que Eli bajara conmigo a la casita de juegos del Hospital. Estas salidas las realizábamos dos veces por semana y al principio el único juego al que Eli me pedía jugar era a la casita robada. Esta situación se repetía una y otra vez”.

También vemos que Eli, en su juego, hace una serie de movimientos repetitivos, estereotipados, rutinarios y ritualizados donde es siempre lo mismo, donde no hay posibilidad de modificación. En la psicosis, como lo trabajaron Trovarelli y Fracchia (2015), siguiendo las referencias desde Lacan, el niño no juega, porque está imposibilitado desde lo simbólico.

Aquí podemos observar que la modalidad de trabajo implementada por la A.T es desde el juego, entendiéndolo desde el psicoanálisis como función simbólica, ya que posibilita que Eli se introduzca dentro de algo pre-establecido, con reglas, donde todo no es posible. A partir de allí se permite el deslizamiento del discurso por donde se manifiesta la subjetividad. En esto podemos inferir que

la A.T, está sosteniendo un lugar desde lo simbólico que va a permitir acotar el goce en el cual está atrapado el psicótico.

A su vez, el esclarecimiento por parte de la A.T, de que los encuentros se llevaban a cabo dos veces por semana, marcando un tiempo y un horario, permitieron seguir sosteniendo este lugar desde lo simbólico.

La A.T como soporte simbólico

La Acompañante continúa diciendo:

“Empecé a proponerle otros juegos, le cambiaba reglas de juegos reglados, así Eli dibujaba títeres de papel a los que les ponía nombres y a los que hacía dramatizar una escena en la que eran esos títeres los que jugaban a las cartas. Me fui dando cuenta después de varios encuentros, que era el momento de proponer más. Comencé por llegar a la casita y ponerme una peluca y unas telas que estaban por ahí. Esto sorprendió mucho a la paciente que esbozó allí su primera sonrisa. Esto no sólo le permitió relacionarse conmigo de otra manera, sino que, además, durante ese tiempo comenzó a participar de las actividades grupales de educación física y de algunas reuniones de convivencia”

Así en la viñeta podemos pensar que hay un intento de restablecer el lazo social, en este observable de posibilitarse el juego, de empezar a participar en actividades con sus compañeras.

A partir de esto, traemos lo que Lacan (1973/2001) refiere para decir que el psicótico no está fuera del lenguaje, sin embargo se encuentra fuera del discurso, y es hablado por el discurso del Otro.

La A.T empieza a generar un soporte como función simbólica y Eli empieza a jugar, a someterse a nuevas reglas y se moviliza lo propio, permitiendo que algo de la subjetividad aparezca.

Esto es algo que se fue construyendo en cada encuentro, en cada intervención y que fue poco a poco permitiendo salir del estancamiento en el que todo comenzó.

Lo cual es posible porque como lo dice Lacan (1949/2003) en el Nombre del Padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que, desde el albor de los tiempos históricos, identifica su persona con la figura de la ley. Entonces si hemos venido reflejando que en la psicosis se da la forclusión del significante del Nombre del Padre, es allí donde se intenta generar un soporte frente a dicha ausencia para posibilitar que ingrese lo simbólico y acote el goce

Avances en Eli

La Acompañante Terapéutica, nos refiere:

“Con el paso de los días la paciente me sorprendió con sus cambios. Por un lado, cada vez que la iba a buscar, ella ya estaba esperándome y por otro ella comenzó a arreglarse más estéticamente y hasta copiaba mis peinados”

A partir de esta viñeta, podemos inferir que la A.T se posiciona como soporte del semejante, esto es, intentando ofrecerse desde un otro como semejante, en tanto interlocutor del diálogo, donde sea soporte de la relación imaginaria, induciendo de este modo un anclaje en el Gran Otro.

De esta manera vemos que la A.T, logra desde este lugar alcanzar que Eli se identifique con ella y permita tener una relación más estable.

Respecto de esto, Rossi (2010) trabaja el término de semejante, y nos dice que es con quien se mantiene una relación simétrica, donde aparece un plano de cierta igualdad, tanto como una cierta identidad, en un plano en que se establecen puntos de comparación, como suele darse en una amistad.

Pero desde el Acompañamiento Terapéutico nos esclarece que hay que regular dicha distancia, para lo que trae lo q sería el lugar del prójimo. Al cual, lo

define a través de Ritvo como aquél con que se mantiene una relación en la que se establece una distancia, la necesaria para no confundir el vínculo con amistad. Esto es, como prójimo ofrecerse desde su diferencia (porque se está barrado), permitiendo que se alcancen los logros propuestos.

Lacan (1968/2002), respecto del prójimo nos dice que se trata del goce que el otro puede ejercer respecto de mí y el que yo puedo ejercer respecto de él, en un encuentro en donde no hay garantías de lo que pueda suceder. Esto lleva a pensar que el prójimo es el otro que emerge en su alteridad, ligado a la castración, y se ofrece desde su diferencia, sin la cual sería imposible generar algo nuevo.

La A.T no se muestra con un saber absoluto, por el contrario, va permitiendo que algo circule desde Eli, mostrando que su rol no es decirle qué hacer, y qué no, sino ir sosteniéndola en aquello que se juega pero desconociendo lo que va a suceder. Es decir, que como prójimo le da un espacio, se ofrece con falta para que Eli se movilice.

Por lo que de esta manera, Rossi (2010), nos explica la posibilidad de pensar ambas dimensiones (semejante y prójimo) en la situación del Acompañante Terapéutico, donde de lo que se trata es de regular esa distancia según cada caso y cada situación particular.

Finalizando el Acompañamiento Terapéutico

Para dar cuenta que el proceso llegaba a su fin, la A.T cuenta:

“En nuestros últimos encuentros, era ella la que llegaba y se ponía la peluca y sonreía, también empezó a expresar más sobre aquello que quería hacer. Así fue que el día que me comunicó que se iba a vivir a un hogar, ese mismo día decidió no jugar y sólo quiso caminar por el parque. Ese fue nuestro último encuentro. Casualmente ahí, las dos decidimos hacer cosas diferentes: yo sentarme bajo un árbol y ella caminar. Parecía que volvía a emerger lo que nos

diferenciaba como al principio, con la diferencia que ahora las dos parecíamos más fortalecidas.”

En esta última viñeta, si bien se refleja nuevamente que es posible lograr avances por el trabajo llevado a cabo a partir de las intervenciones de la A.T., se observa cómo se posibilita movilizar a Eli, permitiéndole hablar y hacer algo desde ella, poder salir de una “casa robada” a un “propio hogar” que da cuenta de su propia subjetividad, pudiendo comunicarlo y tomar casi una decisión de ello.

CONCLUSIONES

Con el fin de realizar un recorrido respecto de lo que se desarrolló durante la investigación llevada a cabo, diremos que se intentó acercarse al Acompañamiento Terapéutico desde una mirada psicoanalítica, pudiendo contactarnos con los diferentes aspectos que se podían pensar, ya que se tocaban en algún punto y poder llevarlos a la práctica de un caso clínico.

Para ello, se inició la evolución de los contenidos, apuntando a que se comprendan los inicios de los abordajes llevados a cabo respecto de la enfermedad mental, los cuales fueron trabajados desde Skiadaresis que nos esclareció que en su comienzo se creía que las enfermedades mentales tenían un origen sagrado, lo cual fue evolucionando y se llegó a considerar la posibilidad de internar los pacientes; al principio se los encadenaba y luego se fue observando que si bien se debían internar en hospitales psiquiátricos no era lo más adecuado someterlos a estos tratos.

Finalmente con la ley N°26.657, se permitió entre otras cosas asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, estableciendo que el ámbito de internación se debe desempeñar en un marco de abordaje interdisciplinario e intersectorial. A su vez implementando acciones de inclusión social y laboral luego de la internación. Dichos esclarecimientos avalan que la internación se dará en casos exclusivos, cuando el sujeto corra riesgo para sí o para terceros, y será lo más breve posible en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

Esto permitió percibir que hay una mirada más heterogénea que apunta a trabajar en equipo, con las diferentes especialidades que hacen al campo mencionado, permitiendo el trabajo interdisciplinario. Dejando la internación cuando sea requerida pero habiendo evaluado instancias alternativas, de lo contrario se trata de conservar el ambiente cotidiano del paciente. Hay mayor control sobre la medicación cuando es adjudicada, incluso se tienen mayores criterios a la hora de agregar fármacos al tratamiento. Otro avance es incorporar la

familia, dándole mayor participación y además acompañar en la externación al sujeto y a tener un seguimiento una vez que ya no se encuentra en la institución

Con el paso del tiempo, se pudieron establecer las cuestiones que fueron dando origen al Acompañamiento Terapéutico, lo cual se explicitó desde Rossi (2010), quien nos refiere que fueron desarrollándose en los últimos años, experiencias que llevaron la denominación de Acompañante Terapéutico, aunque no han tenido una conceptualización persistente.

Específicamente en nuestro país pudimos contactarnos con Pullice (2011) que nos esclareció que Argentina, tiene sus comienzos entre finales de los años 60' y principios de los 70'. El Acompañamiento Terapéutico nació como una herramienta clínica que se inscribió en una búsqueda —compartida por buena parte de profesionales de la salud mental — cuyo propósito no era otro que intentar subvertir los lineamientos aún fuertemente arraigados, del modelo manicomial.

De esta manera, se llegó a tomar contacto con los cambios que fueron atravesándose en la sociedad y pudieron dar apertura a nuevas formas de trabajar con un sujeto que sufre un padecimiento psíquico.

Todos estos avances fueron permitiéndose gracias a un apoyo legal impulsado por la ley mencionada y más adelante, por el Código de Ética de Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) sumado a la incorporación de las leyes provinciales (Nº 7.697, Nº III-0599, Nº 4.624, Nº 9.848, XNº58, Nº 3407) que esclarecieron la formación del Acompañante Terapéutico, sus funciones, derechos y obligaciones.

Introduciéndonos en este planteo, se continuó acercándonos a los conceptos desarrollados por Freud (1895/1956) por lo que al hablar de aparato psíquico nos aproximamos a sostener que el organismo recibe estímulos (cuando llegan a través de los sentidos y de su propia acción) y responde ante éstos. Dichos estímulos ingresan al aparato psíquico y pueden ser endógenos o

exógenos. Esto lleva a que algo se inscriba, esto que se inscribe, es una vivencia que implica cómo fue articulado lo actual con las experiencias. Esto nos permite pensar cómo se complejiza el aparato psíquico a partir de la acción específica de otro auxiliar en un momento de indefensión, lo cual va dejando huellas para toda la vida.

Lo cual como, lo explica Freud (1900/1923) se fue desarrollando a través del proceso primario (rige el inconsciente, donde le va a llamar a las representaciones, representación cosa, allí la energía es móvil, libre) y del proceso secundario (propio del funcionar preconscious. De las huellas mnémicas que quedan de la representación cosa, luego se van a ligar a la palabra, y de ésta también quedan huellas, aquí la energía es ligada, la energía libre del inconsciente ya se ha ligado en el preconscious y forma un pensamiento).

Luego se continuó con Freud (1923/2005) para revisar la segunda tópica, ya que allí considera al aparato psíquico compuesto por tres instancias: Yo, Ello y Super Yo. Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad; el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello, que representa a las pulsiones.

Además se recorrió a Freud (1894/1926) para entender que en las neurosis a diferencia de la psicosis, la defensa frente a la representación inconciliable acontece mediante el divorcio entre ella y su afecto. Pero la representación, si bien debilitada y aislada, permanece dentro de la conciencia. Allí nos trae el mecanismo de la represión, el cual es mencionado a partir de que se presentó a su yo una vivencia, una representación, sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla.

Ahora bien, nos esclareció, que en la psicosis, existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima {verwerfung} la representación insoportable junto con su afecto y se comporta

como si la representación nunca hubiera comparecido. En el momento en que se ha conseguido esto, la persona se encuentra en una psicosis.

A medida que se avanzó, Freud (1923/1930), introdujo modificaciones, y nos permitió comprender que la diferencia genética más importante se da al explicar que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior.

Luego se continuó con Lacan (1964/1999), ya que se apuntó establecer cómo fue tomando las consideraciones de Freud y cómo pudo ir reelaborando desde su mirada la constitución subjetiva. Allí Lacan nos explica que somos a partir del Gran Otro, de su deseo, aquél está incorporado en el inconsciente. Lo característico del sujeto del inconsciente es que está, bajo el significante que desarrolla sus redes, sus encadenamientos y su historia, en un lugar indeterminado.

Así Lacan nos permitió incorporar que se dan dos operaciones, una es la alienación, que consiste en una operación por la cual el sujeto queda barrado, alienado al lenguaje, el cual mata nuestras necesidades convirtiéndolas en demanda. Es lo que implica elegir y perder, pero ganar lo que elegí. Y la otra es la separación, que remite a la falta del Otro. A medida que habla se entrevé la falta, su deseo. Aparece la pregunta ¿Qué es lo que desea el Otro? El Otro no todo lo tiene, por lo tanto, algo desea. Y responde a la falta del Otro con su propia falta. Esta falta es el objeto "a", que cae con esta operación y es lo que permite que el sujeto siga buscando ese objeto que cree que le dio una completud en un tiempo anterior, pero que nunca existió.

De esta manera se siguió abocándonos a la estructura que Lacan (1955-56/2002) define como cierto número de coordenadas, es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante. Esto nos hace pensar como lo dijo Rabinovich (Clase N°7) que la modificación de un elemento hace que varíen los

demás. Tiene la particularidad de que es descompletada, con un agujero. Por ello al haber una falta, se va a tener en cuenta el cómo se posiciona el sujeto frente a la castración del Gran Otro.

En este desarrollo del psiquismo, se avanzó con el anudamiento de los tres órdenes: imaginario, real y simbólico. La forma en que se relacionan entre sí los 3 registros en el nudo borromeo, es para Lacan al final de su experiencia la estructura misma y están durante toda la vida en permanente articulación.

Luego, se trabajó la estructura del sujeto desde la Metáfora Paterna, donde Lacan (1957-1958/2003), nos dice que tiene dos partes, en la primera el Nombre del Padre (significante de la ley del incesto) viene a sustituir el Deseo de la Madre (significante de la omnipotencia materna), lo barra, lo reprime (no desaparece). La "x" es una incógnita, un doble signo de pregunta ¿cuál va a ser el devenir del sujeto? Y ¿cuál es el falo que mira mi madre?. La segunda parte es la significación fálica, aquí el Nombre del Padre operó imponiendo la ley, barrando al Gran Otro (A). El menos phi es la castración, se inscribe la falta, aquí se encuentra la estructura neurótica. Como efecto de la castración que inscribe el Nombre del Padre, se abren tres preguntas: acerca de la sexualidad (neurosis histérica), sobre la existencia (neurosis obsesiva) y sobre la diferencia generacional (neurosis fóbica).

Así, se remitió a Lacan (1949/2003) para trabajar lo que hace al soporte simbólico, donde nos dice que en el Nombre del Padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que, desde el albor de los tiempos históricos, identifica su persona con la figura de la ley.

A partir de lo cual se apuntó a pensar la posibilidad de que ese sostén (Nombre del Padre) que debió estar en un momento en que fue llamado (como soporte simbólico) y que fue precluido (psicosis), puede articularse con el lugar del Acompañante Terapéutico.

Continuando de esta manera, se llegó a trabajar la psicosis, en donde Lacan (1955-56/2003), toma a Freud, para decirnos que éste, llama al mecanismo de la psicosis: *verwerfung*, y se trata del rechazo, de la expulsión de un significante primordial a las tinieblas exteriores, significante que a partir de entonces faltará en ese nivel. Así Lacan nos esclarece que la *verwerfung* fue considerada como preclusión del significante, donde es llamado el Nombre del Padre a responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica.

Así se continuó con Lacan que nos reflejó que la preclusión del Nombre del Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, designa el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis.

Más adelante se trabajó la psicosis en la infancia, para lo que se remitió a Trovarelli y Fracchia (2015) que se explayaron diciendo que la forclusión del Nombre del Padre, como mecanismo propio de la estructura psicótica, funciona tanto para los niños como para los adultos. Lo que si se torna diferente es el modo de presentación de los fenómenos. Lo que ocurre es que el niño en la psicosis no ocupa el lugar de falo para la madre, necesario al comienzo de la estructuración subjetiva.

La forclusión del Nombre del Padre y la consecuente carencia de significación fálica producen una falla a nivel simbólico que se manifiesta en el trastorno del lenguaje. En los niños escuchamos como son hablados por el Otro. No emerge un sujeto. No se dirigen al Otro a partir de una demanda, sino que están en la posición de amos. Hablan y se dirigen al Otro según su voluntad

Allí se esclareció que otro fenómeno se da a nivel imaginario, que al no intervenir lo simbólico lleva a que el niño quede pegado a la imagen del Otro. Por

lo tanto al haber falta de regulación por la ley del significante, desencadena los fenómenos del lenguaje pero también al nivel del cuerpo y el juego.

Además se trabajó desde la psicosis el lazo social, donde Freud (1921/1924), nos dice que en la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo, la psicología individual es simultáneamente psicología social. La relación del individuo con sus padres y hermanos, con su objeto de amor, con su maestro y con su médico, vale decir, todos los vínculos que han sido indagados preferentemente por el psicoanálisis, tienen derecho a reclamar que se les considere fenómenos sociales.

Para Lacan el lazo está mencionado a lo largo de sus obras, como lo que entiende por discurso, al que identifica como vínculo social. Lo designó con el término de discurso porque no hay otro modo de designarlo desde el momento en que uno se percata de que el vínculo social no se instaura sino anclándose en la forma cómo el lenguaje se sitúa y se imprime en el ser que habla. Lacan (1973/2001)

Pero se desarrolló, pensando en la psicosis, para lo que se recurrió a Lacan (1955-56/2002), donde nos dice que se da una gran perturbación del discurso interior en la psicosis. El Otro enmascarado que siempre está en nosotros, se presenta de golpe iluminado, revelándose en su función propia. Esta función entonces es la única que retiene al sujeto a nivel del discurso, el cual amenaza faltarle por completo, y desaparecer. Este es el sentido de la realidad que caracteriza la entrada en la psicosis.

A partir de esto, Lacan (1957-1958/2002), nos esclareció que en la psicosis la función de la palabra, del discurso, está perturbada. No hay articulación de los dos significantes (S1 y S2), lo cual produce un trastorno en la relación del sujeto y el "objeto a", por esto no tiene lazo social. Esa desarticulación está relacionada con una alteración a nivel de la construcción de la cadena significativa, por esto

mismo el psicótico no puede sustituir significantes ya que la metáfora no tuvo éxito, no puede generar ese plus de sentido que le otorgaría la metáfora.

Habiendo esclarecido estas conceptualizaciones, se llevó a cabo el desarrollo de lo que es el Acompañamiento Terapéutico desde Rossi (2010), que lo definió como un recurso clínico especializado, que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica, y se desempeña especialmente en forma ambulatoria, en el entorno habitual del sujeto. Distinguiendo dicho abordaje del Acompañante Terapéutico trabajado por Kuras de Maurer y Resnizky (1985), que lo esclarecen como aquel que asiste al paciente en crisis y puede hacerlo desde la fase diagnóstica y/o a través de todo el proceso terapéutico. Su labor no puede cumplirse en forma aislada. Está siempre inscripta en el seno de un equipo. Es la pertenencia al mismo y la identificación con el esquema referencial y las pautas de trabajo que de él emanan, lo que permitirá perfilar su quehacer clínico con claridad pudiendo playarse en las pautas necesarias para desempeñar la práctica.

A partir de esto se continuó con los conocimientos específicos para iniciar un abordaje como el mencionado, permitiendo dejar en claro el rol a ocupar, las funciones, intervenciones, los diferentes procesos de acompañamiento, partiendo de un encuadre y dejando establecido la importancia de desempeñar la tarea en función de la singularidad del paciente.

Siguiendo el desarrollo de la investigación, se avanzó con los conceptos psicoanalíticos que podían articularse desde la práctica del Acompañante Terapéutico, pudiendo relacionar la demanda, el semejante diferenciado del prójimo, la función del analista diferente de la del A.T, cómo pensar el juego desde la función simbólica y el lazo social.

De esta manera se llegó a realizar una articulación teórico-práctica con un caso de psicosis presentado por una Acompañante Terapéutica, que interviene a partir del pedido de una Licenciada en Psicología.

Este proceso de investigación fue llevado a cabo a partir de la siguiente hipótesis: *“Desde una formación psicoanalítica, el Acompañante Terapéutico frente a un sujeto con psicosis, puede posicionarse como soporte simbólico, permitiendo restablecer el lazo social”*

En el caso trabajado, a partir de la intervención de la Acompañante Terapéutica en el equipo que se llevó a cabo el tratamiento, se posicionó como soporte simbólico, y así se pudo permitir que la paciente restableciera nuevos lazos sociales, se incorporara a actividades de esparcimiento con sus compañeros dentro del Hospital Psiquiátrico y finalmente comunicara la necesidad de ir a una “nueva casa”, lo que podemos pensar que refleja la posibilidad de realizar algo desde su subjetividad. Es decir, pudo ponerle un freno a ese goce que la atrapaba y la dejaba sin salida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, M; Carrasquera, N; Fachinetti, G; Rossi, C., Tello, D. (2003). *Al borde del desborde*, recuperado de http://www.aatra.org.ar/indice_2003.html
- Asociación Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA). Código de Ética, recuperado de <http://aatra.org.ar/código%20de%20etica.pdf>
- Bertrán, G. (2004). El día más allá del hospital. En G. Bertrán (Comp), *Hospital de día. Particularidades de la clínica. Temas y dilemas* (pp.123-137). Buenos Aires: Minerva
- Fracchia, M. P. y Trovarelli, D. (2015). Psicosis en la infancia: algunas reflexiones teóricas y articulaciones clínicas. En. Benitez, H.; Cottino, G.; Dolengiewich, A.; Fracchia, M. P.; Moreno, G.; Ragonese, M. N.; Stiglitz, G. y Trovarelli, D. (Eds.), *La clínica cotidiana y sus nuevos abordajes*. Mendoza: Impresiones Posta.
- Frank, M. L. (2011) *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Córdoba: Editorial Brujas.
- Freud, S. (1923). La interpretación de los sueños. En L. López Ballesteros (Trad.). *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. 17, pp. 7-417). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1900 [1899])
- Freud, S. (1924). Psicología de las masas y análisis del yo. En L. López Ballesteros (Trad.). *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. 17, pp. 3-105). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1921)
- Freud, S. (1926). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En L. López Ballesteros (Trad.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 115-132). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1894)
- Freud, S. (1930). Sobre la dinámica de la transferencia. En L. López Ballesteros (Trad.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 117-128). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1912).

- Freud, S. (1930). La iniciación del tratamiento. En L. López Ballesteros (Trad.). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 153-178). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1913)
- Freud, S. (1930). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En L. López Ballesteros (Trad.). *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol.17, pp.200-210). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1918 [1918])
- Freud, S. (1930). Neurosis y psicosis. En L. López Ballesteros (Trad.). *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. 17, pp. 258-262). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1924 [1923])
- Freud, S. (1.956). Proyecto de psicología para neurólogos. En L. Rosenthal (Trad.). *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. 9, pp.209-276). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895)
- Freud, S. (2005). El yo y el ello. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1923)
- Heuillet, H.L. (2008). La ley simbólica. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=149>
- Karlem Zbrun, H.; Rodriguez Yurcic, A. L.; Cicutto, A. N.; Funes, M.; Gómez, M.; Granados, E.; Iluminatti, N.; Perez Iglesias, S.; Nuñez, L. y Lublinsky, A. (2012) Documento sobre el método de investigación en psicoanálisis. Instituto de investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (1.987). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Buenos Aires: Trieb. 1º ed.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2.005). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva. 1º ed.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2.009). *Acompañantes Terapéuticos: Actualización Teórico-Clínica*. Buenos Aires: Letra Viva. 3º ed.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2.011). *El Acompañamiento*

- Terapéutico como Dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva. 1º ed.
- Lacan, J. (1999). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original del año 1964)
 - Lacan, J. (2001). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original del año 1957-58)
 - Lacan, J. (2001). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 16: De un otro al otro*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original del año 1968)
 - Lacan, J. (2001). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 20: Aún*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original del año 1973)
 - Lacan, J. (2002). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original del año 1955-56)
 - Lacan, J. (2003). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En T. Segovia (Trad.). *Escritos II* (2da. ed., pp. 513-564). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1955-56)
 - Lacan, J. (2003). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En T. Segovia (Trad.). *Escritos I* (2a. ed., pp. 86-93). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1949)
 - Lacan, J. (2006). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original en 1963)
 - Lacan, J. (2007). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y Textos II* (1era ed. 6ta reimp, pp 55-57). Buenos Aires. Manantial. (Trabajo original publicado en 1969)
 - Lacan, J. (2008). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 2: El yo en la teoría*

- de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós
(Trabajo original del año 1954-1955)
- Lacan, J. (2013). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En T. Segovia (Trad.). *Escritos I* (pp. 231-310). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1949)
 - Lacan, J. (2013), La dirección de la cura y los principios de su poder. En T. Segovia (Trad.). *Escritos II* (pp. 559-616). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1958)
 - Lacan, J. (2014). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original del año 1958-59)
 - L'Heuillet, H. (2008). La ley simbólica. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=149>
 - Ley N° 4624 Ley del ejercicio del Acompañante Terapéutico (2011).
Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de <http://www.unterseccionalroca.org.ar/imagenes/documentos/leg/Ley%204624%20%28Acompa%C3%B1ante%20terap%C3%A9utico%29.pdf>
 - Ley X N° 58 Ley del ejercicio del Acompañante Terapéutico (2012).
Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de <http://www.legischubut2.gov.ar/digesto/lxl/X-58.html>
 - Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. (2013) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de [http://www.sada.gba.gov.ar/salud mental.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/salud%20mental.pdf)
 - Ley 3407 Ley de regulación de la actividad de los acompañantes terapéuticos. Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de <http://www.santacruz.gov.ar/boletin/14/diciembre14/18diciembre2014BO.pdf>

- Miller, J. A. (1984). *Recorrido de Lacan*. En *Recorridos de Lacan*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Páramo, M. A. (2012) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza
- Pullice, G. (2011). *Del Mito de Origen a la Situación Actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica. Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva
- Rabinovich, D. (1995). *Lo imaginario, lo simbólico y lo real*. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/francesa1/material/Lo%20simbolico%20lo%20imaginario%20lo%20real.pdf
- Rabinovich, D. (s.f.) *Psicología clínica de adultos. Teórico N°7. Las estructuras neuróticas*. Manuscrito no publicado.
- Real Academia Española. (2001). *Disquisición*. En *Diccionario de la lengua española* (22.º ed.) Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=>
- Rossi, G. P. (1995). *Acompañar la psicosis*. En Rossi, G. et al., *Primer Congreso Nacional Acompañamiento Terapéutico: Hacia una articulación de la Clínica y la Teoría*. Buenos Aires: Las Tres Lunas
- Rossi, G. P. (2010). *Acompañamiento Terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
- Sarbia, S. B. (2014) *El acompañar en la formación del Acompañante Terapéutico*. Recuperado de www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1495
- Schneeroff S. y Edelstein, S. (2004). *Manual Didáctico sobre*

Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: AKADIA.

-Skiadaresis, R. (s.f.). *La internación y el psicoanálisis*. Manuscrito no publicado.

-Tesone, M. (2003, 20 de Marzo). *Tiempo de acompañar: Eli y las Referencias Indentificadorias*. Trabajo presentado en la Conferencia del Hospital Carolina Tobar García en Capital Federal.