



Universidad Empresarial Siglo 21

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación

*La Experiencia Vincular en el
Acompañamiento Terapéutico en el
Campo de la Psicosis*

Autor: Pedro Juan Poeta

2011

Resumen

El Acompañamiento Terapéutico es una práctica especializada en el campo de la Salud Mental que tiene más de cuarenta años de vigencia. Uno de sus conceptos teóricos cruciales es la noción de vínculo ampliamente problematizado y escasamente desarrollado. La investigación tiene como propósito indagar acerca de las configuraciones vinculares que se presentan en el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico dentro del campo de la psicosis. Se focaliza en la relación at-paciente, at-equipo terapéutico y at-supervisión. El diseño es de tipo cualitativo en un nivel exploratorio, la muestra es no-probabilística, intencional. La recolección de datos se realizó mediante observaciones participantes a un grupo de Acompañantes Terapéuticos que trabajan en el campo de las psicosis. Sobre los datos recabados se realizó una reducción de selección, clasificación y transformación de los datos con el propósito de componer hipótesis de trabajo. Fueron agrupados en segmentos conformando tres matrices descriptivas. Sobre las mismas se realiza un análisis de texto y de contexto de tipo pragmático. Los contenidos analizados permiten elaborar reflexiones e interpretaciones conceptuales en relación a la vincularidad en el Acompañamiento Terapéutico desde el encuadre, la cotidianeidad, las intervenciones vinculares, la transferencia y desde la tarea vincular entre el acompañante terapéutico y el paciente. A su vez se desarrollan las funciones vinculares que están implicadas en el equipo terapéutico y en la supervisión del acompañamiento terapéutico. La experiencia vincular en el acompañamiento terapéutico tiene como resultado un recorrido teórico-práctico que integra la estructura y los contenidos del dispositivo aplicado al campo de la psicosis.

Abstract

Therapeutic Accompaniment is a specialized practice in the field of Mental Health with over forty years of validity. One of its key theoretical concepts is the notion of bond, widely problematized but poorly developed. The present research work aims at investigating the bonding configurations that occur in the Therapeutic Accompaniment device within the field of psychosis. It focuses on the relationships of "therapeutic companion - patient", "therapeutic companion - therapeutic team" and "therapeutic companion – monitoring team". The design is qualitative in an exploratory level, the sample is non-probabilistic; intentional. The data collection process was conducted through participant observation directed to a group of Therapeutic Companions working in the field of psychosis. The data collected was reduced by means of sorting, classifying and processing the data in order to compose a working hypothesis. They were grouped into three segments forming descriptive modules and a pragmatic analysis of text and context was conducted on their basis. The analyzed contents allow for the development of conceptual insights and interpretations concerning bonding in the Therapeutic Accompaniment from the perspective of the frame, the everyday relationships, the bonding interventions, the transference and from the bonding task performed by the therapeutic companion and the patient. In turn, there is the development of the bonding functions involved in the therapeutic team and the monitoring of the therapeutic accompaniment in the specific field of psychosis. The bonding experience in Therapeutic Accompaniment results in a theoretical and practical route which integrates the structure and contents of the device applied to the field of psychosis.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 1 |
| Justificación | 2 |
| Tema | 4 |
| Objetivos | 4 |
| Objetivo General | 4 |
| Objetivos específicos | 4 |
| Metodología. | 5 |
| Tipo de diseño | 5 |
| Técnica de recolección de datos | 5 |
| Muestra | 6 |
| Análisis de datos | 6 |
| Marco Teórico | 8 |
| La noción de Vínculo | 8 |
| Origen e historia del término | 8 |
| Pre-conceptualización de la noción de vínculo | 8 |
| El interés del psicoanálisis por la noción de vínculo. | 9 |
| Definición de vínculo | 11 |
| Teoría de vínculo de Enrique Pichón Riviere | 13 |
| Consideraciones Generales | 13 |
| Lo normal y lo patológico en el Vínculo | 13 |
| Campos psicológicos en el Vínculo | 13 |
| Características del vínculo | 15 |
| Los vínculos transferenciales | 15 |
| Campos Psicológicos | 15 |
| Adjudicación y asunción de roles. La Identificación Proyectiva e Introyectiva en el vínculo | 16 |
| Pensamiento dialéctico | 18 |
| Teoría de las tres D (depositante, depositario y depositado) | 18 |
| El vínculo desde la postura de Wilfred Bion | 20 |
| Introducción | 20 |
| La experiencia emocional: los vínculos K, L y H | 20 |
| Una teoría del pensamiento. Teoría de las funciones | 21 |
| Barrera de contacto y pantalla de elementos beta | 24 |
| La identificación proyectiva, el modelos continente -contenido e interacción dinámica entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva | 24 |
| Las Psicosis | 27 |
| Introducción | 27 |
| El estudio de la psicosis desde una perspectiva psicoanalítica | 28 |
| La psicosis y la escuela inglesa de psicoanálisis | 29 |

| | |
|---|-----------|
| Los desarrollos de Bion (1950-1962) acerca de la Psicosis | 30 |
| Introducción | 30 |
| La Personalidad psicótica y no-psicótica | 31 |
| El pensamiento y el lenguaje en la personalidad psicótica | 34 |
| La transferencia y la psicosis | 35 |
| Contratransferencia | 36 |
| Tratamiento psicoterapéutico en las psicosis | 37 |
| Lo grupal | 40 |
| Breve Historia del Psicoanálisis Grupal | 40 |
| El grupo Operativo de Pichón Riviere | 42 |
| La teoría del Grupo de Supuestos Básicos y el Grupo de Trabajo de W. Bion. | 46 |
| Mentalidad grupal y cultura del grupo. | 47 |
| Supuestos básicos. | 47 |
| Grupo de Trabajo. | 48 |
| Acompañamiento Terapéutico | 50 |
| Historia del Acompañamiento Terapéutico | 50 |
| De la Década del 50 al 70: los movimientos de apertura manicomial | 50 |
| Los orígenes del Acompañamiento Terapéutico | 52 |
| Camino a la consolidación e institucionalización del AT | 54 |
| Definiciones de Acompañamiento Terapéutico | 55 |
| El rol de Acompañante Terapéutico | 57 |
| Las Funciones en el Acompañamiento Terapéutico | 59 |
| Modalidades de Acompañamiento Terapéutico | 63 |
| El Encuadre en el Acompañamiento Terapéutico | 66 |
| El trabajo multidisciplinario del Acompañamiento Terapéutico | 68 |
| El acompañamiento terapéutico y su relación con la familia del paciente | 71 |
| La Transferencia en el Acompañamiento Terapéutico | 73 |
| La contratransferencia en el Acompañamiento Terapéutico | 77 |
| El Acompañamiento Terapéutico en las Psicosis | 79 |
| Aportes específicos del vínculo al AT | 83 |
| Análisis de los Datos | 88 |
| Acompañante Terapéutico y Paciente (Matriz A). | 88 |
| Acompañante Terapéutico N1 y Paciente N1 | 88 |
| Acompañante Terapéutico N2 y Paciente N2 | 90 |
| Acompañante Terapéutico N2 y Paciente N2a. | 95 |
| Acompañante Terapéutico N3, Acompañante Terapéutico N4 y Paciente N3 | 96 |
| Acompañante Terapéutico N3 y Paciente N3a | 99 |
| Acompañante Terapéutico N4 y Paciente N4. | 100 |
| Acompañante Terapéutico N5 y Paciente N5 | 100 |
| Acompañante terapéutico N5 y Paciente N5a | 101 |

| | |
|---|------------|
| Características generales en relación al vínculo At-Paciente. | 103 |
| Conceptos nucleares en el AT: el encuadre y la cotidianeidad, la intervención y la tarea. | 103 |
| El encuadre y la cotidianeidad: los continentes del vínculo en el AT | 103 |
| La intervención vincular en el AT | 107 |
| La tarea del vínculo: contenidos del vínculo en AT | 108 |
| Algunos conceptos de Pichón-Riviere para comprender el vínculo entre Acompañante terapéutico y paciente. | 111 |
| El campo psicológico interno-externo del vínculo | 111 |
| La estructura vincular en el AT | 112 |
| La teoría de las tres D en el AT | 115 |
| Los aspectos psicóticos y no-psicóticos en el vínculo Acompañante Terapéutico- Paciente | 115 |
| Acompañante terapéutico y equipo terapéutico (Matriz B). | 118 |
| Equipo Terapéutico Numero 1 (At.1- Psiquiatra) | 118 |
| Equipo terapéutico Número 2 (At.2- Psiquiatra) | 118 |
| Equipo Terapéutico Número 3: At.3-At.4-Psiquiatra | 122 |
| Equipo terapéutico Número 4: At.3a-psiquiatra | 123 |
| Equipo terapéutico Número 5: At.4- psiquiatra | 124 |
| Equipo Terapéutico Número 6: At.5- psiquiatra | 124 |
| Equipo Terapéutico Número 7: At.5- psiquiatra | 124 |
| Características Generales del Equipo Terapéutico en el AT | 125 |
| El equipo terapéutico. Roles, organización y funciones | 125 |
| El Equipo Terapéutico como Grupo de Trabajo y Grupo de Supuestos Básicos | 126 |
| Acompañamiento Terapéutico- Supervisión (Matriz C). | 130 |
| D1: At.2-coordinación. (P2) | 130 |
| D1: At.3-At.4-coordinación. (P3) | 131 |
| D2: At.4-coordinación. (P4) | 132 |
| D2: At.2-coordinación. (P2) | 132 |
| D2: At.1- coordinación. (P1) | 133 |
| D3: At.2- coordinación. (P2a) | 135 |
| D3: At.4- coordinación. (P3) | 135 |
| D3: At.1-coordinación (P.1) | 136 |
| D3: At.2-coordinación (P.2) | 136 |
| D4: At.1-coordinación (P.1) | 136 |
| D4: At.3-coordinación (P.3) | 137 |
| D4: At.5-coordinación (P.5-P.5a) | 137 |
| D4: At.2-coordinación (P.2) | 137 |
| D4: At.3-coordinación (P.3a) | 138 |
| D5: At.5-coordinación (P.5) | 139 |
| D5: At.4-coordinación (P.3) | 139 |
| D5: At.2-coordinación. (P.2) | 141 |
| Características generales del espacio de Supervisión | 143 |
| La técnica grupal | 143 |
| Particularidades de la supervisión en el AT | 143 |
| La supervisión como grupo operativo. | 146 |
| El rol del coordinador en el grupo de supervisión | 149 |
| Análisis contextual del grupo de AT | 150 |

| | |
|--|------------|
| Los años 60-70: los inicios del acompañamiento terapéutico. _____ | 150 |
| Los años 80 y 90: la construcción teórica e institucional del Acompañamiento Terapéutico _____ | 151 |
| La década del 2000: el movimiento político del AT _____ | 152 |
| El AT en la actualidad _____ | 153 |
| Dispositivo Institucional del AT _____ | 155 |
| El grupo de discusión del AT _____ | 155 |
| Conclusión: Integración de los campos vinculares, at-paciente-equipo terapéutico- supervisión _____ | 157 |
| Bibliografía. _____ | 160 |
| Anexos _____ | 164 |

Introducción

El presente trabajo corresponde al trabajo Final de Graduación de la Licenciatura en Psicología Clínica de la Universidad Empresarial Siglo 21.

El mismo tiene como finalidad la elaboración de un Proyecto de Investigación Aplicado (PIA) en relación a la Experiencia Vincular en el Acompañamiento Terapéutico en el Campo de la Psicosis.

Esta temática será abordada por medio de la implementación de observaciones participantes a un grupo de discusión-supervisión de acompañantes terapéuticos especializados en el tratamiento del campo de la psicosis.

Sobre los datos recabados se realizará un análisis de los mismos teniendo en cuenta los objetivos propuestos que permitan establecer criterios teóricos-clínicos en relación a los vínculos que se establecen entre el at –paciente, at-equipo terapéutico y at-supervisión.

El presente trabajo, por un lado invita a reflexionar acerca de la importancia en la producción investigativa que tiende al esclarecimiento y a la profundización de algunos aspectos del dispositivo, y por otro lado, es un acto que intenta aproximarse –en la cadena de eslabones– hacia la legitimación y profesionalización del Acompañamiento Terapéutico.

Justificación

Eduardo Cossi señala que el acompañamiento terapéutico “emerge entre fines de la década del 60 y principios de la década del 70, acuñado por Eduardo Kalina en el marco del campo privado de la asistencia psiquiátrica y relacionado prioritariamente a los requerimientos y problemáticas que presentan los tratamientos de las adicciones y las patologías ligadas al campo clínico de las psicosis [...]” desde un abordaje psiquiátrico de tradición empírica (2003, p. 2).

A lo largo de la reciente historia el acompañamiento terapéutico ha tenido un viraje, pasó de ser una función de carácter de “auxiliar asistencial” a enfatizar la noción “terapéutica” del acompañamiento. “Caracterización de la práctica de acompañamiento hacia valores de juicio más cercanos al campo de tradición psicoanalítica que al de la hegemonía del modelo médico” (Cossi; 2003, p. 3).

En la actualidad el AT¹, se piensa desde una posición psicoanalítica, donde extrae categorías teóricas, ya sea de la técnica como de la clínica. La noción de vínculo es uno de los conceptos ampliamente desarrollado por el psicoanálisis y de escasa bibliografía en el acompañamiento terapéutico.

En el año 1985 Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky publican su primer libro llamado, *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Es una de las primeras marcas fundantes ya que fue la primera publicación sobre el AT. Quisiera subrayar que las autoras en este momento conceptualizan el proceso vincular entre el at y el paciente, especificando *cuatro movimientos*, entendidos como: inicio de la relación; mayor aceptación del vínculo, consolidación del vínculo y finalización del acompañamiento. Las autoras en el año 2005 en su tercer libro: *Territorios del Acompañamiento Terapéutico* dedican un capítulo donde enfatizan la construcción teórica-clínica del AT, desde una mirada del psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Enfatizan el concepto de psiquismo abierto en un sujeto, “capaz de transformarse a partir de encuentro significativos” (2005, p. 25).

Otros desarrollos, como el de Pablo Rossi en su libro *Acompañamiento Terapéutico: lo cotidiano y sus interlocutores* teoriza el AT como el lugar del “[...] amigo, el semejante y el prójimo” (2007, p. 107) desde la transferencia, enmarcado por la teoría lacaniana.

¹ AT: abreviatura de Acompañamiento Terapéutico
at: abreviatura de acompañante terapéutico.

Una de las primeras funciones vinculares básicas del acompañamiento terapéutico en teorizarse fue la contención al paciente, tanto física como emocionalmente (Kuras, Resnizky, 1985; D'adam y Col, 2005).

María Laura Frank en el Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico llevado a cabo en Porto Alegre, reflexionaba acerca del vínculo en el AT expresando: “Sin duda creo que éste es un nuevo desafío del AT en la actualidad, no mirar lo nuevo con lo viejo, no suponer que hay donde no hay y poder construir un espacio vincular, a partir de la decisión de vincularse que resulte un espacio de transformación” (2009, p. 5).

A propósito de esto, la Lic. Nora Susana Cavagna expresa que “Investigaciones diversas han demostrado que desarrollar un vínculo cálido y empático con el paciente, permite fomentar cambios más rápidos. Y ésta es un poco la clave del acompañamiento terapéutico: al establecer un buen vínculo, ligazón, unión o lazo, se van a generar más logros terapéuticos” (S.F., p. 3).

Considero que si bien se nombran y se contextualizan estas categorías en el marco de la clínica del acompañamiento, aún no se han profundizado ciertos conceptos en relación al vínculo quedando, en ciertas circunstancias, como supuestos sabidos del dispositivo.

La investigación intenta enriquecer la problemática a través de diversos interrogantes: ¿Cómo se genera el vínculo?, ¿qué estrategias utiliza el at en relación al vinculo que se establece?, ¿cuáles son las características vinculares que se configuran entre at-paciente? A su vez el AT es un dispositivo que parte desde el trabajo interdisciplinario conformando equipos terapéuticos y grupos de supervisión, los mismos tienen características propias de vincularidad, que llevan a interrogarse sobre sus propios funcionamientos.

La bibliografía existente en el AT es limitada y no ahonda profundamente, motivo por el cual se decidió tomar algunos desarrollos psicoanalíticos en relación a la noción de vínculo y un panorama general de las teorías de AT, que sirva como marco y ejes para esta investigación; mostrando también los antecedentes encontrados en el tema. Además, se profundiza dicha problemática mediante un trabajo de exploración, a través de observaciones participantes a un grupo de Acompañantes Terapéuticos que trabajan en el campo de las psicosis.

Tema

La experiencia Vincular en el Acompañamiento Terapéutico en el campo de la Psicosis.

Objetivos

A continuación se detallarán los objetivos generales y específicos de la investigación.

Objetivo General

- Identificar las características de la experiencia vincular en el Acompañamiento Terapéutico en el campo de las Psicosis.

Objetivos específicos

- Indagar la especificidad de la experiencia vincular en el Acompañamiento Terapéutico en el campo de las Psicosis teniendo en cuenta el vínculo Acompañante Terapéutico-Paciente.
- Describir y analizar características particulares del Equipo Terapéutico del AT en el campo de las Psicosis.
- Explorar las características particulares del Grupo de Supervisión del AT en el campo de las Psicosis

Metodología.

Tipo de diseño

La investigación es de tipo exploratorio circunscrito en una lógica cualitativa. La muestra es no- probabilística, intencional.

En la lógica cualitativa los fenómenos se construyen tratando de comprender la realidad, no medirla ni explicarla. Aquí la investigación se posiciona en un lugar que interpela construyendo el objeto desde la significación otorgada por los propios agentes sociales. (Yuni y Urbano, 2003).

Técnica de recolección de datos

Se realiza a través de un grupo de discusión. Es definido por la comunicación del discurso grupal que se va constituyendo, disolviendo y reconstituyendo de un modo vincular. Se caracteriza por la no directividad y prima una lógica procesual del grupo. La dinámica comunicacional es abierta, produciendo significados en sus propias dinámicas de interrelación. La técnica empleada se caracteriza por la observación participante a un grupo de expertos seleccionado a través de un muestreo no probabilístico o dirigido. El grupo de discusión permite:

- Indagar grandes líneas motivacionales, que se mantienen en un plano no siempre consciente para los integrantes.
- Identificar las principales fracciones discursivas en presencia, más o menos coherentes y diferenciadas entre sí, inscribiéndolas en un campo discursivo que permite ubicar sus principales interacciones y posibilidades de solapamiento, contradicción o incompatibilidad.
- Establecer interpretaciones contextuales que traten de explicar las diferencias discursivas desde las relaciones sociales existentes en el contexto histórico concreto del grupo. (Colectivo OIÉ; 2010; pp. 11-12)

Luis Enrique Alonso plantea en relación a los Grupos de Discusión que: “Toda lectura del texto de un grupo de discusión es una interpretación; no es un análisis de contenido [...] ni un análisis de texto. Habría que conceptualizarlo como un análisis estratégico, modulado por los objetivos de la investigación; no es tanto una decodificación como una transcodificación [...] ya que lo que se busca con ella no es encontrar la coherencia del texto, sino el lugar que lo

comunicativo ocupa en la creación y recreación de la realidad social de los grupos. [...] El grupo de discusión no es una técnica objetivo- explicativa [...], sino una práctica relacional reflexiva.» (1998, p. 126-127).

Las observaciones fueron realizadas entre los meses de abril y agosto del año 2010.

Muestra

La muestra es no- probabilística de juicio o intencional. Se selecciona como muestra a 5 acompañantes terapéuticos y 1 coordinador del grupo de supervisión. Se realizaron 5 encuentros grupales de dos horas de duración, en el espacio institucional de AT, en la ciudad de Córdoba. Las personas del grupo cumplen 3 o más de los siguientes requisitos. Acompañantes Terapéuticos, que tengan como condición:

1. Trabajar o haber trabajado en el campo de la salud mental.
2. Tener como experiencia un mínimo de dos años en Acompañamiento Terapéutico.
3. Haber realizado publicación en relación al Acompañamiento Terapéutico ya sea en libros, congresos o jornadas.
4. Qué estén trabajando o hayan trabajado en Acompañamiento Terapéutico en el campo de las Psicosis.

Los 5 encuentros grupales fueron realizados cara a cara con un medio de grabación digital (grabador). Para cuidar la confidencialidad de los participantes, se le asigna un código de reconocimiento a lo largo de la investigación. El código está conformado por dos letras At y un número (At.5). Cada encuentro se codifica con el mismo sistema atribuyendo una letra D y un número (D3). Los pacientes nombrados en el AT se designan con una letra (P) y un número (P.3).

Análisis de datos

El análisis de los datos es un proceso dinámico y creativo donde se intenta comprender de forma más profunda lo estudiado. (Taylor y Bogdan; 1986).

Se realizó una reducción de selección, clasificación y transformación de los datos en bruto con el propósito de componer hipótesis de trabajo. Los datos fueron agrupados en segmentos que corresponden a las categorías de los objetivos de la investigación.

El resultado es una Matriz Descriptiva que agrupa las comunicaciones formuladas por cada integrante del grupo de supervisión en relación al vínculo at-paciente (M.A), at-equipo terapéutico (M.B), at-supervisión (M.C). Sobre la matriz descriptiva de los datos obtenidos se realizó un análisis de Texto y Contexto que comprende de:

- Análisis de Texto: se elaboran construcciones reflexivas con el intento de comprender ciertas características discursivas del grupo, en base a los objetivos planteados, por medio de interpretaciones del discurso. Apunta a una elaboración teórica parcial y problemática. [...] Es un análisis de re-construcción del sentido oculto del discurso, pasando de la literalidad del texto a la re-interpretación (Colectivo IOÉ; 2010; p.85). Los tópicos analizados obtenidos de los objetivos, fueron:
 - o En relación al vínculo at-paciente: Encuadre y cotidianeidad. La intervención vincular en el AT. La tarea del vínculo. El campo de acción en el AT. La noción de estructura vincular en el AT. La teoría de las tres D en el vínculo del AT. Los aspectos psicóticos y no-psicóticos en el vínculo del AT.
 - o En relación al vínculo at-equipo terapéutico: roles, organización y funciones del equipo terapéutico en el AT. El equipo terapéutico como GT y GSB
 - o En relación al vínculo at-supervisión: Características del espacio de supervisión. La técnica grupal. Particularidades de la supervisión en el AT. La supervisión de AT como GO.
- Análisis contextual: se tiene en cuenta el contexto analítico, entendido como el marco artificial en que se produce el grupo y su contexto social más amplio y/o aquellos elementos teóricos que permiten una mejor comprensión del texto analizado (Colectivo IOÉ; 2010; p. 86). Los tópicos analizados, fueron:
 - o La historia del AT focalizada en la ciudad de Córdoba. El AT en la actualidad. Dispositivo institucional del AT. El grupo de discusión del AT.

Marco Teórico

La noción de Vínculo

Origen e historia del término

La noción de vínculo es un concepto que empieza a desarrollarse fuertemente en la segunda mitad del siglo XX. Confluyeron múltiples teorizaciones en el campo de la salud mental, el psicoanálisis y las psicoterapias durante un mismo período y en diversos países, como Argentina, Inglaterra, EEUU, Francia, Italia, entre otros. La afluencia de trabajos que se dieron desde principios de la década del 50 se podría esquematizar en tres grandes campos. El trabajo con la familia, la pareja y los grupos. Cada campo de acción partía en relación a la conceptualización de la noción de vínculo.

Pre-conceptualización de la noción de vínculo

Existe una multiplicidad de referencias e intuiciones en la obra freudiana, que pueden ser consideradas como antecedentes de una concepción intersubjetiva. Roberto Losso señala que las postulaciones de Freud (1921) de un “descentramiento del sujeto respecto del yo producido a través de la identificación originaria con la o las figuras parentales. Pone sobre el tapete la ajenidad del sujeto con respecto a su propio yo” (1990, p.2). Cuando Freud desarrolla la segunda tópica recupera al *otro* en relación a la teoría. Según R. Moguillansky y S. Nussbaum “[...] la incorporación de la noción de identificación en la teoría psicoanalítica implicó augurar que en los conflictos intrapersonales se juegan relaciones interpersonales internalizadas, resultado de identificaciones. En la segunda tópica Freud (1923) reforzó el papel instituyente de lo vincular. Concibió al sujeto del Inconsciente como un sujeto de herencia en tanto su subjetividad estaba instituida por identificaciones adquiridas en el seno de una matriz familiar que otorga lugares, plantea ideales, prefigura conflictos” (S.F., p.11).

Posteriormente a la obra de S. Freud, entre los teóricos de la llamada segunda generación se destacan A. Freud y M. Klein. Ambas introducen el psicoanálisis al mundo del niño y

especialmente M. Klein produce modificaciones del cuerpo psicoanalítico, como por ejemplo en la teoría de la transferencia y en la del complejo de Edipo. Además, construye nuevos conceptos como la posición depresiva, la posición esquizoparanoide y la identificación proyectiva, que serán luego resignificados en la comprensión del concepto vincular por autores posteriores de la “escuela inglesa” de las relaciones objetales.

El interés del psicoanálisis por la noción de vínculo.

Durante la década del 50 el psicoanálisis cobra mayor interés en el mundo y se diversifican los campos de acción. Algunos de ellos son significativos acontecimientos como la terapia grupal y la inclusión de la familia a determinados tratamientos. Autores pos-kleinianos como Winnicott, Meltzer y Bion plantean la novedad de permitir el abordaje de la Psicosis con instrumentos psicoanalíticos. El psicoanálisis empieza a intervenir clínicamente en espacios vinculares como la pareja, la familia, los grupos y las instituciones.

De este modo las modificaciones teóricas y técnicas propiciaron instalar la pregunta acerca del vínculo. Como se expresó anteriormente a mitad del siglo pasado confluyeron diversos autores en el origen del paradigma vincular. En Argentina uno de los pioneros fue Enrique Pichón Riviere (1956-1957), quien introduce investigaciones en relación a la Psicología Social y conceptualiza el vínculo en términos intra e intersubjetivos. Considera el mundo interno como reconstrucción de la trama vincular en la que emerge el sujeto. El sujeto para Pichón Riviere, es un sujeto activo, creativo, transformador de su contexto sociocultural, y el vínculo constituye la manera particular con que un sujeto se conecta o relaciona con otro, creando una estructura particular para cada caso y cada momento. El vínculo para Pichón “es una estructura compleja que incluye el sujeto, el objeto y su interacción, momentos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica” (1971, p.205).

Otro autor argentino, José Bleger (1972) aporta a la teoría de los grupos y del vínculo la existencia en todo individuo de un nivel de sociabilidad sincrética diferente al de sociabilidad por interacción. La primera entendida como un estado de no-discriminación, incluido en la realidad psíquica de todo individuo, grupo o institución. Este estado no individualizado está constituido por aspectos del yo sincrético.

En 1956 en la escuela de Palo Alto de EEUU, Gregory Bateson y sus colaboradores formulan la hipótesis del "doble vínculo" definido como un fenómeno interaccional que se observa en la comunicación esquizofrénica. Expone en su trabajo un análisis de los problemas de las relaciones adecuadas a contradicciones en la información que se dan en la comunicación entre madre e hijo, también analiza el flujo de la información, la interacción y la retroalimentación comunicativa en dicha relación.

En Inglaterra, Wilfred Bion (1962) parte de la teoría del vínculo en la relación madre-bebé como base de la estructuración mental del infante. En su obra desarrolla numerosos conceptos que permiten pensar la vincularidad. Se destacan las experiencias emocionales en la relación madre-bebe, el espacio mental, los elementos beta, los elementos alfa, la función alfa, la capacidad de reverie materna, la identificación proyectiva, el continente y el contenido.

En la década del 60, los miembros del CEFRAP (Círculo de Estudios Franceses para la Formación y la Investigación Activa en Psicología Dinámica de la Personalidad y Grupos humanos) entidad fundada por Didier Anzieu elaboraron conceptos teóricos a partir de los problemas en la necesidad de atender grupos terapéuticos. En un artículo central de J. B Pontalis llamado "El pequeño grupo como objeto" propone que: "[...] si en el campo sociológico, es cierto que el grupo es una realidad específica, cuando funciona como tal en el campo del psiquismo individual -modalidad y creencia que toda la psico-sociología tiende precisamente a fortificar- opera efectivamente como una fantasía.[...] En este sentido todo vínculo humano desde el punto de vista inconsciente presupondría una interfantasmaticización entre los sujetos que lo componen" (Jaroslavsky; 2006, p.1).

En la década de 1970 Isidoro Berenstein a partir de la lectura de Claude Levi-Strauss postuló la existencia de la estructura familiar inconsciente (E.F.I): cada lugar daba cabida a los sujetos según la diferencia de sexo y la diferencia generacional incluyendo el cuarto termino, el avínculo.

Janine Puget e Isidoro Berenstein dan a conocer el psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Por esta época consideran que "todo vínculo se origina en un intento de resolver una falta, una condición de desamparo originario. Ser sujeto y objeto simultáneamente y elegir a un otro como objeto propone una alternancia entre actividad y pasividad indispensable en la constitución del vínculo. El dominio del vínculo requiere de una relación entre un yo y otro, cuya presencia es imprescindible para la construcción de la realidad (realidad psíquica vincular)" (1988, p. 4). Conceptualizan fenómenos en las relación familiar, como la estructura familiar inconsciente, en

relación a la pareja se destacan los desarrollos en relación a los zócalos inconscientes y el objeto único.

En 1991 I. Berenstein, introduce el registro de tres espacios psíquicos: la intrasubjetividad, la intersubjetividad y el espacio transubjetivo. Incluye bajo la denominación de vínculo, no solamente los intercambios estables sino también aquellos contactos únicos, efímeros o derivados del azar. Afirma que los vínculos tienen una tendencia a estabilizarse constituyendo ligaduras estables. Asimismo, también apoya la idea de la existencia en el ser humano de una capacidad innata para crear vínculos de complejidad creciente, que relaciona con el conocimiento ligado a la semantización de la primera ausencia que se instala como símbolo de la finitud de la experiencia de placer. Por último el autor da a conocer tres registros presentes en todo vínculo: lo semejante, lo diferente y lo ajeno.

Definición de vínculo

La definición de vínculo es un tema en discusión en la actualidad. La raíz etimológica del concepto se encuentra en el latín: "vinculum" de "vincire" que significa atar, unión o atadura de una persona o cosa con otra. Antiguamente expresaba una unión sujetada firmemente que se hacía juntando un haz de ramas atada con una cuerda de nudos, sugiriendo una atadura lo más duradera posible (Corominas, 1973).

En primer lugar I. Berenstein y J. Puget lo conciben como una construcción básica para la conformación de la subjetividad que se da simultáneamente en tres espacios psíquicos, cada uno de ellos con sus representaciones específicas e independientes entre sí.

- Es una ligadura estable entre yoes deseantes con características de extraterritorialidad.
- Se diferencia de la relación de objeto, que es intrasubjetiva.
- Es una organización inconsciente constituida por dos polos (dos yoes, descrito desde un observador virtual, o un yo y un otro, visto desde sí mismo) y un conector o intermediario que los liga.
- Se representa en configuraciones y se realiza en un entramado fantasmático que se produce entre los yoes, en una zona de contacto entre la investidura narcisista y lo incompatible del otro.

- El vínculo es registrado por los yoes como un sentimiento de pertenencia.
- Se rige más por la suplementación que aporta el "exceso" del otro en cada yo, por los nuevos sentidos que se ofrecen los yoes entre sí, que por la complementariedad.
- Se sostiene en una serie de estipulaciones inconscientes tales como acuerdos, pactos y reglas que contienen una cualidad afectiva.
- Dicho entramado fantasmático es de orden representacional y está regido por las leyes de condensación y desplazamiento, a las cuales Berenstein le añade la ley de oposición, determinante de las semejanzas y diferencias entre los yoes (1995)

E. Pichón Riviere considera al vínculo como la mínima unidad de análisis y lo define “como una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto, teniendo esta estructura características consideradas normales y alteraciones interpretadas como patológicas. En todo momento el vínculo lo establece la totalidad de la persona. Totalidad que Pichón Riviere interpreta como una Gestalt en constante proceso de evolución” (1971, p. 11)

Por último, una definición consensuada es aportada por I. Berenstein (2006), quien afirma que el vínculo es pensado como una “relación entre dos otros que comparten una situación, a partir de lo cual construyen para uno y el otro una subjetividad nueva; distinta a la que tenían previamente y a la que podrían generar con otros diferentes” (2006, p.2).

Teoría de vínculo de Enrique Pichón Riviere

Consideraciones Generales

E. Pichón Riviere establece un abordaje de investigación del individuo en una triple dirección:

- Estudio psicosocial: parte del individuo hacia afuera
- Estudio sociodinámico: analiza el grupo como estructura
- Estudio institucional: toma todo un grupo, toda una institución o todo un país como objeto de investigación.

Un estudio con tales características proporciona información para construir lo que Pichón Riviere denomina una *Psiquiatría del Vínculo*, es decir, la psiquiatría de las relaciones interpersonales, de la relación del individuo con el grupo y/o la sociedad (1971, p.10).

Lo normal y lo patológico en el Vínculo

Un vínculo normal es una relación donde el sujeto y el objeto tienen un límite preciso, están claramente diferenciados. Sin embargo, un vínculo entre objetos totalmente diferenciados es inexistente. La otra situación extrema sería, la situación de máxima no-diferenciación, situación llamada “parasitaria” y que luego se transforma en “simbiótica”. Sería cuando el niño depende totalmente de su objeto madre, en la cual deposita partes internas en ella, y la madre, deposita en el niño partes internas de ella, que produce un *entrecruzamiento de depositaciones*, creándose dificultades para reconocer lo que es de cada uno. La situación simbiótica va disminuyendo hasta que en un momento el sujeto y el objeto tienen límites precisos y diferenciados (Riviere, 1971, p. 32).

Campos psicológicos en el Vínculo

Parte de la noción de las relaciones de objetos del psicoanálisis como representación de la estructura interna del vínculo. De esta manera coexisten dos campos psicológicos en el vínculo: un campo interno y un campo externo.

- Campo interno: se establece un vínculo, una relación de objeto con un objeto interno. Denominado también vínculo interno. Sería la forma que tiene el yo de relacionarse con la imagen de un objeto colocado dentro de uno. En términos vinculares el carácter de una persona –la manera habitual de comportarse- puede comprenderse por una relación de objeto interno. El grado más extremo sería el autismo donde el sujeto se retira del mundo exterior. Por ejemplo, el autismo consiste en un traslado de la realidad externa a otro escenario, al escenario interno. En este sentido cualquier síntoma puede ser explicado de esta manera, es decir, por la relaciones de objetos establecidas con objetos internos. Es lo que interesa principalmente a la psiquiatría y al psicoanálisis (lo intrapsíquico) y el método privilegiado para el conocimiento y esclarecimiento del mundo interno es la introspección: diálogo interno con un objeto que esclarece no tanto el objeto en sí, sino el vínculo particular que ese objeto establece con el yo del sujeto (autoanálisis). El campo psicológico interno es considerado como el más importante en la patología mental.
- Campo externo: corresponde al vínculo externo, por lo tanto es concreto e implica una conducta. Sería una relación particular con un objeto; de esta relación resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. Es lo que más le interesa al campo psicosocial (lo intersubjetivo).

Los vínculos internos y los vínculos externos son integrados en un proceso de espiral dialéctico. El vínculo que primero es externo, después se hace interno y luego externo nuevamente y posteriormente vuelve a ser interno, etc. configurando siempre la fórmula de espiral dialéctica, de ese pasaje de lo adentro afuera y de lo afuera adentro, lo que contribuye a configurar la noción de límites entre el adentro y el afuera. Ésto determina que las características del mundo interno de una persona dada, sean completamente diferentes de las del mundo interno de otras personas frente a la misma experiencia de la realidad externa (Riviere, 1971, p.55).

Características del vínculo

El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una sola persona. En el vínculo está implicada toda la personalidad del sujeto. Las características estructurales de la relación de objeto adquieren cierta diferenciación en ese momento y en ese sujeto, configurando un vínculo personal que puede ser diferente de otro, o con otro y también con cosas, es decir, con objetos animados y con objetos inanimados. Cada uno de esos vínculos tiene una significación particular para cada individuo (Riviere, 1971, p.47).

Los vínculos transferenciales

Para Pichón Riviere un vínculo transferencial se da cuando un sujeto “deposita sobre otro sujeto mediante un mecanismo de desplazamiento o de proyección un determinado objeto interno, estableciendo con él un vínculo ficticio. Por ello a través del psicoanálisis el sujeto establece una relación transferencial con el analista pudiendo revivir el vínculo primitivo que el paciente tiene con sujetos primarios, de su primera época de vida y así rectificar la naturaleza de esas imágenes y llevar a cabo un aprendizaje de la realidad (aprendizaje en sentido general)” (1971, p.49).

Campos Psicológicos

El campo psicológico es el campo de interacción entre el individuo y el medio y por ende el objeto de análisis es el campo de interacción. Referido a que “las conductas no dependen sólo del organismo y del medio sino de la interacción entre ambas” (1971, p.69). Toma el modelo del campo psicológico de Laganche, que ofrece cinco clases principales de datos:

- 1) Contorno: conglomerado de factores humanos y físicos en permanente interacción, por ejemplo la interacción entre analista y paciente en una situación dada, en un medio y contorno determinado, reproduce las condiciones de una situación experimental.
- 2) La conducta exterior: espontánea o provocada, accesible a un observador, ayudado o no por instrumentos, que comprenden las formas de comunicación.
- 3) La vivencia: la experiencia vivida inferida por la conducta exterior y comunicada verbalmente por el sujeto.
- 4) Las modificaciones somáticas: objetivas aparecidas en una determinada situación.

- 5) Los productos de la actividad del sujeto: como un manuscrito, una obra de arte, un test psicológico, un relato, etc.

Estos cinco elementos pueden ser estudiados en *situación analítica*. El paciente trae su contorno al análisis e introduce una serie de personajes. Lo que el paciente vive en situación transferencial lo vive en un contorno determinado con el analista, en una habitación determinada. La conducta exterior del paciente se tiene en cuenta para la interpretación, por ejemplo la manera en que entra, saluda, se sienta. Durante el proceso de interacción, el lenguaje, la palabra, la comunicación verbal y preverbal es fundamental. Los cinco campos psicológicos son tomados como indicios de una actividad latente. La tarea del analista es retraducir esas informaciones en fantasías subyacentes en ese momento del paciente (Riviere, 1971, p.65).

Adjudicación y asunción de roles. La Identificación Proyectiva e Introyectiva en el vínculo

Enrique Pichón Riviere considera que hay que diferenciar la estructura vincular de los diferentes roles que el terapeuta y el paciente se adjudican y asumen en situación, como repetición de una situación pasada. La estructura vincular asume y adjudica por medio de la identificación proyectiva e introyectiva determinados roles. El rol tiene la característica de ser transitorio, o más o menos transitorio, tiene una función determinada apareciendo en una situación dada. Cada persona desempeña diferentes roles. Según el contexto concreto la persona lo afronta con determinadas actitudes. La asunción del rol se da en base a dos procesos. Por un lado, la asunción consciente y voluntariamente y por el otro, cuando el ambiente o los demás adjudican un determinado rol asumiéndolo de modo inconsciente. En las relaciones sociales permanentemente se da un intercambio entre la asunción y la adjudicación de un determinado rol. A su vez, conceptualiza los procesos de identificación proyectiva e introyectiva en una situación particular como ver una película en el cine. Señala que la persona en el cine puede experimentar por medio de la identificación introyectiva emociones exageradas: llanto, susto, sensación de un peligro intenso. En este sentido, por identificación introyectiva se produce la asociación con la historia personal de la persona que refuerza la situación emocional de ese momento. La distancia entre el personaje y la persona misma se confunden. En cambio la experiencia de ver la película a predominancia del mecanismo de identificación proyectiva estaría dada cuando la persona permite seguir un espectáculo permaneciendo como espectador. La distancia entre el personaje y la persona misma es grande. Una parte de la persona misma se mantiene como espectador de la otra parte de la persona

misma que se atreve a meterse en el escenario entre los personajes y la acción. La emoción es devuelta cuando la persona percibe lo que le está sucediendo allá. Esto permite que la persona permanezca tranquila frente a un espectáculo más o menos angustioso y emocionante. Por último Pichón Riviere considera que si la identificación proyectiva fracasa, lo que tiene es la indiferencia, es decir, la imposibilidad emocional de colocarse allá, que puede deberse a múltiples motivos:

- Fracasa la posibilidad de asumir el rol.
- Un bloqueo emocional que imposibilite ubicarse en el otro (1971, p.75).

El autor trae estos conceptos al espacio de la terapia psicoanalítica considerando que el paciente adjudica determinados roles al analista, como el padre, la madre, el tío, el jefe, el amigo, etc. y expresa que el mayor riesgo que un analista puede experimentar es la imposibilidad de asumir el rol que el paciente le adjudica. Ya que a través de la asunción del rol el analista puede comprender el tipo de vínculo que su paciente está queriendo estructurar (1971, p.76).

También analiza las terapias no psicoanalíticas, como las terapias de apoyo donde el analista utiliza la asunción de determinado rol para cumplir la misión que el paciente le está adjudicando, ya sea la asunción conciente o inconscientemente. Pichón señala que si el analista desempeña el rol que el paciente le adjudica, se cierra un círculo vicioso, ya que el que sigue dirigiendo la situación es el paciente. Lo que realiza el analista no es un esclarecimiento de la problemática sino una repetición. Pero esta repetición remarca Pichón puede ser beneficiosa porque si la experiencia anterior del paciente con un personaje determinado fue negativa puede ahora, en el presente, rectificarse en la medida en que al haberle adjudicado un rol bueno al psiquiatra, éste con su conducta de buena persona le proporciona una experiencia actual que puede rectificar la situación de frustración anterior. Y concluye que causa sorpresa observar que en un paciente tratado de esta manera puede modificarse considerablemente (1971, p.77).

La contratransferencia puede leerse en relación al rol que el otro-paciente adjudica al analista. En términos de Pichón sería que el emergente que aparece, está en relación con el hecho de haber asumido o de haber adjudicado un determinado rol. El analista debe descubrir el significado de ese emergente contratransferencial y transmitirlo al paciente en ese sentido. Si la labor es un espiral en continuo movimiento, todos los emergentes que aparecen en el analista están en relación con los emergentes del paciente (1971, p.78).

Pensamiento dialéctico

Pichón parte de una concepción dialéctica donde se abren y cierran situaciones transitorias y simultáneamente creando situaciones en espiral. Considera que la enfermedad psíquica neurótica y psicótica se define por la rigidez y estereotipia frente a estímulos variados realizando un estancamiento del proceso cerrado. Otro punto que considera como perturbación del desarrollo, sería la situación abierta totalmente, donde hay una fuga permanente del sujeto que se encuentra constantemente abierto como aspecto maníaco de la personalidad. Considera que el proceso terapéutico es abrir el círculo vicioso y provocar la apertura hacia el mundo exterior. El pensamiento dialéctico incluye el salto y la transformación de un emergente en otro a través de sucesivos pasajes de un círculo cerrado a uno abierto. La situación ideal sería aquella en que el analista le proporciona a su paciente una interpretación que le permitiera aumentar la comprensión de la perturbación y del estancamiento en círculo vicioso que experimenta su pensamiento. La situación analítica tiene para Pichón una base existencial, en el sentido de que dos personas presentes en un determinado momento y espacio, están tratando de resolver la situación de una, siendo ambos socios en esta operación. La posición del analista es la de recoger el material que observa, elaborarlo, comprenderlo y luego devolverlo en forma de interpretación (1971, p.89).

Teoría de las tres D (depositante, depositario y depositado)

El fenómeno fundamental, la base más importante de la situación analítica es la comunicación y para ello es necesario que el paciente adjudique un rol al analista y éste se haga cargo de ese rol. Si el analista no lo acepta se produce una falla en la comunicación. Esto, suele darse cuando el analista tiene un rechazo de entrar en ese juego relacional por sensaciones contratransferenciales negativas como por ejemplo que el paciente adjudique un rol femenino a un analista masculino y viceversa. Un paciente deposita en el analista partes de él, como intento de comunicación. La labor del analista reside en captar la comunicación, hacerse cargo de ella y trabajar con ella como riel. Para eso el analista debe colocarse en una posición particular, como un recipiente abierto a cualquiera o para cualquier cosa, dispuesto a controlar y cuidar lo depositado en él. Pero esto, no sería un proceso mecánico, sino un hacerse cargo de lo depositado en él (1971, p.110).

Entre la asunción de un determinado rol y la adjudicación de un rol a otro, existe siempre un interjuego dialéctico en forma permanente. En la medida que uno adjudica y otro recibe se establece

entre ambos una relación que se denomina vínculo. Esto se desarrolla dialécticamente hasta llegar a una síntesis de los dos roles, que dan las características de comportamientos tanto del individuo como del grupo considerado (1971, p.112).

El vínculo desde la postura de Wilfred Bion

Introducción

W. Bion considera que el vínculo prototípico es la relación entre la madre y el bebé. En esta configuración vincular, desarrolla los conceptos de experiencias emocionales, el espacio mental, los elementos beta, los elementos alfa, la capacidad de reverie materna, la identificación proyectiva y la relación continente-contenido. Propone una teoría del pensamiento y postula que por medio de una función, la función alfa, que lleva a cabo la madre real (y luego la madre introyectada) se ejerce la función de pensar por el bebé. Bion describió un aparato para pensar los pensamientos, un aparato que crea los pensamientos que son necesarios para ser manipulados en un proceso que será llamado *pensar*. De este modo se conciben pensamientos sin pensador, en busca de un continente para *ser pensados* (N. Barugel; 2009).

La experiencia emocional: los vínculos K, L y H

Bion se interesa por la génesis y adquisición del conocimiento en el ser humano. Conceptualiza una teoría del pensamiento, de la experiencia por el aprendizaje y de sus trastornos. Tiene en cuenta la evolución del conocimiento de la persona acerca de sí mismo y de los otros, las relaciones de aprendizaje del individuo en el grupo, y la de los grupos entre sí. Elabora una teoría que supone que todo conocimiento se origina en experiencias primitivas de carácter emocional, en relación con la ausencia del objeto (Gringberg, Sor, Tabak de Bianchedi; 1991).

Las *experiencias emocionales* siempre implican un vínculo: entre dos personas o dos partes de una personalidad. Bion selecciona tres grandes grupos de emociones presentes siempre en la experiencia emocional entre dos objetos: L (love-amor), H (hate-odio) y K (knowledge-conocimiento). Las grafica a las tres en un triángulo, ubicando a cada una, en cada uno de sus vértices (Bianchi, S.F., p.10).

Con el signo K se refiere al vínculo entre un sujeto que busca conocer a un objeto y un objeto que se presta a ser conocido. Tiene un matiz emocional expresado por un sentimiento doloroso o de frustración inherente al conocer. En una sesión psicoanalítica podría expresarse, como aquél sujeto que intenta conocer la verdad acerca de sí mismo, por medio de la introspección o en la búsqueda entre el paciente y el analista del logro de este objetivo. El desarrollo de esta

función de la personalidad, se va logrando a través de múltiples y sucesivas experiencias emocionales en las que intervienen los mecanismos de (Ps – D) y (continente-contenido). La actitud llamada conocer es la actividad por la cual el sujeto llega a ser consciente de la experiencia emocional y puede abstraer de ella una formulación que represente en forma relativamente adecuada esta experiencia. Cuando predomina el vínculo K, los vínculos L y H están subordinados (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.101)

Explica A. Costas Antola que “[...] habrá un vértice privilegiado acorde con la experiencia de que se trate; por ejemplo en el vínculo analítico K, con subordinación de L y H, es el vértice transformador, al promover la formación de símbolos. La tolerancia a un sentido de infinito y a la duda, son el conectivo esencial para que K sea posible. La capacidad transformadora de K no radica en el conocimiento logrado, sino precisamente en la tolerancia a lo no conocido, en la disposición a conocer. Esta cualidad negativa permite afirmar que toda experiencia emocional conlleva dolor mental, aún cuando la misma sea gratificante. Evitar el dolor o tender a modificarlo son dos tendencias fundamentales, con consecuencias claramente contrapuestas” (2001, p.221).

Bion plantea los vínculos negativos que desde la emocionalidad se traducen en la envidia, la voracidad, las relaciones despojantes y destructivas donde los significados y las emociones son activamente despojados de vitalidad y sentido y por lo tanto no habría descubrimiento ni crecimiento posible. La posesión de un conocimiento utilizado para evitar la experiencia dolorosa estaría al servicio del llamado vínculo –K (menos K), como estado emocional donde todos los factores sugeridos para K, están invertidos. El vínculo – K sustituye el enfoque científico por el moral, no hay discriminación entre lo verdadero y lo falso, entre la cosa-en-si-misma y la representación. Es un dominio de la personalidad psicótica. Es un vínculo parasitario, donde en la relación de dos objetos, uno depende del otro para producir un tercero que es destructivo para los tres (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.102).

Una teoría del pensamiento. Teoría de las funciones

Bion plantea que el pensar parte de una función de la personalidad que surge de la interacción de una variedad de factores. Propone una teoría de las funciones, como modelo de aplicación a situaciones analíticas. Usa los términos función y factor para definir características de las funciones de la personalidad. Los factores son elementos que forman parte de una función (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.55).

Elementos beta: son impresiones sensoriales y experiencias emocionales no transformadas. Estos elementos no resultan ser apropiados para pensar, soñar, recordar o ejercer funciones intelectuales. Son vividos como cosas-en-sí-mismas y son evacuados a través de la identificación proyectiva. Bion (2000) expresa en “Elementos de Psicoanálisis”: “Este término representa la más temprana matriz de la que se puede suponer, surgen los pensamientos. Tiene al mismo tiempo la calidad de un objeto inanimado y la de un objeto psíquico sin ningún tipo de diferenciación entre los dos. Los pensamientos son cosas, las cosas son pensamientos [...]” (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.33).

M. Bianchi considera que esta “cosificación de los pensamientos los hace inasequibles a articulación alguna, del mismo modo que dos objetos no podrían ser articulados, a lo sumo serían acercados o apilados [...]” Y continua, “[...] pero con la expulsión de los elementos beta, se produce el espacio vacío necesario para ser llenado con pensamientos que puedan ser pensados y tolerados. Ahora bien, ¿cómo consigue incorporarlos?” (pág. 12). Tiene en cuenta el concepto que Bion denominó *capacidad de reverie* (ensueño) considerado como un estado mental requerido en la madre para estar en sintonía con las necesidades del bebé. Se define como la aptitud de la madre de devolverle al bebé, transformada, aquella experiencia emocional sin metabolizar (elementos beta). Esa metamorfosis los convierte en pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él; esto es, “elementos alfa”. Son los pensamientos que traen el material para la vida (mental, anímica) (S.F., p.13).

Los elementos alfa: se define como “aquello que representa el resultado del trabajo realizado por la función-alfa sobre las impresiones sensoriales. No son objetos en el mundo de la realidad externa pero son productos del trabajo realizado sobre las impresiones sensoriales que se cree se relacionan con dichas realidades. Posibilitan la formación y uso de los pensamientos oníricos.” (Bion, 1963, p.33)

La función alfa: se define como “una función de la personalidad que opera sobre las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales percibidas, transformándolas en elementos alfa. Estos pueden ser utilizados en nuevos procesos de transformación, almacenados y reprimidos. Son impresiones sensoriales y experiencias emocionales transformadas en imágenes visuales o imágenes que responden a modelos auditivos, olfativos, sensitivos. Son utilizados para la formación de pensamientos oníricos, el pensar inconsciente de vigilia, sueños y recuerdos” (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.56).

M. Bianchi expone que la capacidad de *reverie* materna *depende* de la función alfa y actúa como un continente de las emociones que el niño evacua mediante la identificación proyectiva, a la vez que permite el desarrollo en el niño de la tolerancia a la frustración, digiriendo la no-cosa, la ausencia del objeto. En este sentido, Bion afirma que él no atribuye al lactante una captación de necesitar el pecho como fuente de leche o amor, pero sí le atribuye una captación de una necesidad no satisfecha (S.F., p.13).

Bion compara la relación paciente-analista con la relación madre-hijo y dice en “Aprendiendo de la Experiencia”: “Como analista que trato a un paciente adulto, yo puedo ser consciente de algo de lo cual el paciente no es consciente. Del mismo modo, la madre puede discernir un estado anímico en su bebé antes que él pueda ser consciente del mismo, como por ejemplo cuando el bebé da signos de necesitar comida antes de darse cuenta de ello [...], la necesidad del pecho es un sentimiento y ese sentimiento mismo es un pecho malo; el lactante no siente que quiere un pecho bueno, pero sí siente que quiere evacuar un pecho malo. Supongamos que el bebé es alimentado; el incorporar leche, amor, calor, puede ser sentido como el incorporar un pecho bueno” (1962, p.71).

Para Bion, la función de *reverie* es la capacidad materna de estar abierta a las proyecciones-necesidades de su bebé. Grinberg, señala que la principal capacidad materna es poder *contener* la angustia del bebé. La madre, "funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, y con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo de estar muriendo en tranquilidad" (1985, p.63). Entra en relación principalmente con los sentimientos de amor y odio del bebé. Ofreciéndose como continente de ellos, “transforma exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo a estar muriendo en tranquilidad” (1985, p.63). A. Costas Antola expresa en relación a esta idea que, “esta teoría vincular permite dar cuenta de la metabolización de los contenidos evacuados por el bebé en la madre, a través de la identificación proyectiva; [...]. La función *reverie* que cumple la madre, los transforma en aptos para ser soñados, pensados o fantaseados, y se constituyen de este modo en elementos alfa. Éstos conforman la barrera de contacto, separación entre lo consciente y lo inconsciente, entre el dormir y el despertar; separación anulada en la psicosis” (2001, p.230).

Barrera de contacto y pantalla de elementos beta

Barrera de contacto: Término utilizado para el conjunto formado por la proliferación de elementos alfa que se adhieren entre sí para marcar el contacto y la separación entre conciente e inconciente, con un pasaje selectivo de elementos de uno a otro. Cumple la función de una membrana semipermeable que separa los fenómenos mentales en dos grupos. Otorga la capacidad de estar dormido-despierto, conciente-inconciente, pasado-futuro. Bion sugiere la barrera de contacto como una estructura. Sería una parte del aparato mental producida por la función alfa (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.57).

Pantalla de elementos beta: que explica aquellos estados mentales en los que no existe diferenciación entre conciente e inconciente, estar dormido o estar despierto. Está formada por elementos beta, considerados cosas-en-sí-mismas, no tienen la capacidad de establecer vínculos entre sí. La pantalla es producto de aglomeración de elementos beta, más parecido a una aglutinación que a una integración. La barrera de contacto sería la base de la relación normal con la realidad, el mundo interno y externo, mientras que la pantalla beta constituye la característica del vínculo psicótico. Elementos alfa, barrera de contacto, elementos beta y pantalla beta serán el resultado de las distintas vicisitudes seguidas por las sensaciones y emociones provenientes de la experiencia inmediata de acuerdo con el grado y operatividad de la función alfa (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.57).

La identificación proyectiva, el modelos continente -contenido e interacción dinámica entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva

Bion elabora una teoría del pensamiento donde propone para la existencia de pensamientos un *aparato para pensar*. La actividad del pensar originalmente fue un procedimiento destinado a librar al psiquismo del exceso de estímulos que lo abrumaban. Los pensamientos son genética y epistemológicamente previos a la capacidad de pensar. En las etapas más tempranas del desarrollo, los pensamientos serían impresiones sensoriales y experiencias emocionales muy primitivas (proto-pensamientos) relacionadas con la experiencia concreta de una cosa en sí misma (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.60). El término de pensamiento incluye:

- Pre-concepciones
- Concepciones
- Pensamientos propiamente dichos

- Conceptos

Con el término pensar Bion designa dos procesos que en realidad son diferentes: hay un pensar que da origen a los pensamientos y otro pensar que consiste en usar los pensamientos epistemológicamente pre-existentes. Para este último, es necesario la diferenciación dentro del psiquismo de un aparato especial para pensar pensamientos. Dos mecanismos principales participan en la formación de dicho aparato.

- El primero está representado por la relación dinámica entre algo que se proyecta (un contenido) y un objeto que lo contiene (continente).
- El segundo es representado por la relación dinámica entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva. Con la intervención de estos mecanismos se va formando en la mente del bebé el aparato para pensar los pensamientos (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.62).

El modelo continente-contenido: el Continente (♀) es por excelencia algo en cuyo interior se puede proyectar y, lo proyectado, pasa a ser definido como contenido (♂). El bebé internaliza buenas y repetidas experiencias de su relación con la madre. Ésto significa que la madre funciona como continente de las necesidades evacuadas por el bebé por medio del mecanismo de identificación proyectiva; y estas necesidades constituyen el contenido que el bebé necesita descargar, a partir de su propia incapacidad de contenerlas. La identificación proyectiva es pensada por Bion como una fantasía omnipotente de desprendimiento de partes indeseables y colocadas en un objeto. En la función reverie la identificación proyectiva permite, por un lado, un canal comunicante entre la madre y los propios estados mentales del bebé, esperando recibir de ella el alimento mental necesario; por el otro, es un modo de deshacerse de contenidos mentales. Por lo cual, la identificación proyectiva cumpliría dos funciones: nutritiva y desintoxicante (Bianchi, S.F., p.15).

Sólo a medida que se desarrolla, el niño va siendo capaz de hacerse cargo de contener sus propios sentimientos y sensaciones, los cuales serían el contenido que debe alojar. Ésto significa la internalización del modelo vincular continente-contenido primitivamente establecido entre él y su madre. Pero este modelo también tiene injerencia en el desarrollo del pensamiento. Al ser introyectado, se convierte en un *aparato* que le permite elaborar por sí solo la ausencia del objeto. Bion propone representar este aparato con el signo ♂♀. De este modo, los pensamientos forjan un continente, al mismo tiempo que éste forja contenido; y se diferencia así el desarrollo de los pensamientos de la creación del pensar. Lo que antes era metabolizado por la madre (L, H y K), al

ser internalizada esta función, pasa a formar parte de la propia función alfa del sujeto (Bianchi, S.F., p.16).

Modelo de las posiciones PS y D: la posición esquizo- paranoide es descripta por Melanie Klein como la situación del bebé que, expuesto al impacto de la realidad externa y a la ansiedad provocada por su instinto de muerte, utiliza los mecanismos de disociación, negación, omnipotencia, idealización e identificación proyectiva para defenderse. El resultado es la disociación de los objetos en idealizados y perseguidores. Pueden llevar a situaciones de dispersión y fragmentación del Yo y de los objetos. La posición depresiva constituye el proceso de integración de la disociación anteriormente descripta, con la aparición de sentimientos de ambivalencia. Bion describe los momentos de desintegración e integración, como un permanente oscilar entre ambas situaciones (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.62). Cuando la mente es capaz de sostener una idea nueva, tolerando la ansiedad catastrófica que despierta, desde una escala de valores esquizoparanoide hacia una orientación depresiva (PS \leftrightarrow D), se posibilitará el crecimiento de la idea (Bianchi, S.F., p.16).

En la formación y utilización de pensamientos, así como en la integración del objeto, ambos procesos (continente-contenido, PS y PD) operan conjuntamente sin tener mayor importancia uno de otro.

Las Psicosis

Introducción

El término psicosis aparece por primera vez en el siglo XIX y marca una evolución que condujo a considerar las enfermedades mentales en un dominio autónomo, diferenciándolas de las enfermedades del cerebro, de los nervios y del cuerpo. Para definir mejor este concepto, me remito al diccionario de Psicoanálisis (Laplanche y Pontalis; 2005), quienes ofrecen la siguiente definición:

1. En clínica psiquiátrica, el concepto “psicosis” se toma casi siempre en una extensión extremadamente amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente orgánogenéticas (como la parálisis general progresiva) como si su causa última es problemática (como la esquizofrenia).

2. El psicoanálisis no se ocupó desde un principio de construir una clasificación que abarcara la totalidad de las enfermedades mentales de las que trata la psiquiatría; su interés se dirigió primero sobre las afecciones más directamente accesibles a la investigación analítica y, dentro de este campo, más restringido que el de la psiquiatría, las principales distinciones se establecieron entre las perversiones, las neurosis y las psicosis. Dentro de este último grupo, el psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras: paranoia (en las que incluye las enfermedades delirantes) y esquizofrenia, por una parte; por otra, melancolía y manía.

En la actualidad una definición unívoca que comprenda a las psicosis tanto para la psiquiatría, las neurociencias como el psicoanálisis, es aún problemática. Las disciplinas que estudian el campo de las psicosis acuerdan en que hay una pérdida de los límites con el yo y una alteración con la realidad. *Las psicosis*, no serían sólo una alteración sintomática, sino más bien como un determinado funcionamiento mental y estructuración psíquica. Comprenden al menos:

1. Una perturbación severa en la relación del Yo con la realidad, con pérdida de sus límites y alteración del juicio de realidad. El psicótico crea una nueva realidad personal, no compartida, sustentada en la actividad alucinatoria y delirante, que puede motivar conductas sin sentido, extravagantes, auto o heteroagresivas, etc.
2. Ausencia de conciencia de enfermedad.
3. Es un funcionamiento mental caracterizado por mecanismos de proyección masiva y predominio de estados mentales de “fragmentación” que son percibidos con intensa

angustia por parte del paciente. La angustia psicótica tiene una cualidad terrorífica, con sensaciones de aniquilación del Yo y fragmentación del propio cuerpo. De aquí surgen estados y sensaciones hipocondríacas delirantes o bizarras.

4. La proyección masiva patológica de aspectos de sí mismo (que se atribuyen al otro), lo cual lleva a estados de falta de discriminación entre mundo externo y mundo interno, entre el sí mismo y el otro, y por lo tanto a distorsiones severas en la vida de relación (Solimano, 2007, pp. 1-2).

El estudio de la psicosis desde una perspectiva psicoanalítica

El psicoanálisis de Freud no trató directamente el campo de la psicosis. El estudio se centró especialmente en la problemática de las neurosis. Desde 1924 Freud planteaba que la psicosis no tenía carácter de analizabilidad debido a que la libido estaba fijada al Yo, por lo tanto no se transfiere al analista por el alto grado de narcisismo involucrado. De este modo, denominó las psicosis como Neurosis Narcisistas considerando que no eran posibles de establecer transferencia y por lo tanto no se podían tratar con el método psicoanalítico clásico. Sin embargo, en 1938 expresó que: “[...] uno se entera por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento de que en un rincón de su alma según su propia expresión, se escondía en aquel tiempo una persona normal [...] (1938, p. 203)”

Freud señala que en la psicosis, la regresión llega a la etapa oral primaria y que la mayoría de los síntomas se deben al esfuerzo de la libido por retornar a los objetos, como intento de curación, pero este retorno de la libido se debe a una falla en la represión, lo que ocasiona una angustia creciente en el Yo. Por lo tanto la psicosis ha regresado al narcisismo, ha perdido la relación con sus objetos, se ha desprendido de la realidad y su Yo se ha fragmentado. El Yo ha recibido toda la energía de la libido de los objetos, lo que explica el narcisismo patológico, con su expansión en grandiosidad y egocentrismo. También señaló que la diferencia entre la conducta normal y patológica es más cuantitativa que cualitativa y nunca dejó de lado los factores constitucionales de la conducta, o sea, que la separación entre lo normal y lo patológico no es tan tajante y las manifestaciones anormales de la mente, constituyen sólo una exageración de las normales pero sin diferir en su esencia (Alvarez Arboleda; 2008).

Freud condensa sus ideas referidas a la psicosis en los textos de “Neurosis y Psicosis” y “La Pérdida de Realidad en las Neurosis y las Psicosis”, donde establece diferencias estructurales en relación a la segunda tópica (Yo-Ello-Superyó). En el primer texto expresa la siguiente fórmula: “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” (1924, p.155). Continúa enunciando que el Yo de la psicosis crea un nuevo mundo exterior e interior por los influjos de deseos del Ello. En el segundo texto manifiesta que la psicosis desmiente y procura sustituir la realidad reconstruyendo una nueva. Solimano explica en este punto que “[...] en la psicosis se reconstruye con la fantasía delirante la relación con la realidad que fue destruida, pero reemplazando con ella al mundo exterior, y de allí el concepto del delirio como restitución” (2007, p.6). Estas ideas junto a los conceptos de escisión y desmentida serán los mecanismos de funcionamiento freudianos para explicar la personalidad psicótica.

La psicosis y la escuela inglesa de psicoanálisis

La teoría de las relaciones de objeto de M. Klein permitió la analizabilidad de las psicosis gracias a la modificación de la concepción de la constitución del aparato psíquico. Por medio de la investigación y análisis de niños, reelaboró el concepto de narcisismo llegando a la conclusión de que no hay una etapa a-objetal de narcisismo primario; más bien el Yo y las relaciones de objetos están presentes desde el comienzo. Considera que el narcisismo no es un estado sino un tipo de defensa de relación de objeto. A. Solimano expresa que “(...) esta concepción básica permite plantear un juego de identificaciones que van constituyendo las estructuras psíquicas y cuyo fracaso en esa construcción puede detectarse y tratarse en la transferencia, porque lógicamente se establece indefectiblemente un vínculo transferencial” (2007, p.8). Por lo tanto, la teoría de las relaciones objetales permitiría pensar en criterios de análisis con el método clásico para el campo de las psicosis.

Asimismo, otros conceptos como la PS y la IP sentarían las bases para introducir el método psicoanalítico en el campo de las psicosis. M. Klein en el trabajo titulado *Notas sobre Mecanismos Esquizoides* definió la posición esquizo-paranoide como primera etapa en la constitución psíquica, lo cual permitió comprender los fenómenos psicóticos. En el mismo texto introduce el mecanismo de identificación proyectiva, definido como una fantasía omnipotente donde el sujeto introduce su propia persona, en totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo o controlarlo.

Se establece una relación de objeto que es narcisista en el sentido de borramiento de los límites y negación de la alteridad del objeto. En este sentido el narcisismo es un tipo o variedad de la relación objetal. Solimano plantea que “[...] en la IP el Yo identifica a un objeto, es decir, lo constituye como una identidad perteneciente a una clase. Y el término proyección refuerza ese sentido de una acción del yo sobre el objeto. Por consiguiente es el mecanismo psicológico que, junto con la acción del ambiente, la realidad externa, va construyendo la realidad para ese sujeto, en un juego de proyección/introyección que es estructurante. Esta función primaria de la IP como modo primitivo de comunicación fue subrayado por Bion, quien lo constituyó en pieza fundamental de su enfoque teórico” (2007, p.9). Al respecto Grinberg y otros expresan que “Este mecanismo primitivo adquiere otra modalidad de funcionamiento en el pasaje de la posición esquizo-paranoide a la depresiva. El funcionamiento normal de la IP es uno de los factores principales en la formación de símbolos y en la comunicación humana y determina la relación de empatía con el objeto [...]. Se caracteriza porque las partes del Yo y del objeto interno escindidas y proyectadas en el objeto hacen que se lo experimente como controlado por los aspectos proyectados; el objeto es vivido, como aquello que se proyectó en él. En los primeros meses de vida tiene como función aliviar al Yo de partes malas y preservar partes buenas protegiéndolas de un mundo interno malo” (1991, p.40).

Con la teoría de las relaciones de objetos los psicoanalistas pudieron estudiar la psicosis con el método clásico. Referentes de esta corriente son Winnicott, Rosenfeld, Fairbairn, Segal, Metzger, entre otros. Siguiendo esta línea de trabajo a continuación quisiera detenerme en los desarrollos de W. Bion en relación a la psicosis, especialmente la esquizofrenia.

Los desarrollos de Bion (1950-1962) acerca de la Psicosis

Introducción

Como explican Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi acerca de los trabajos de Bion (1950-1962) sobre psicosis, el tratamiento con pacientes esquizofrénicos fue llevado a cabo mediante el encuadre psicoanalítico que habitualmente se utilizaba con pacientes neuróticos. La técnica empleada fue siempre la interpretación, tanto en transferencia positiva como negativa. El material teórico de base que aplicaba era tomado de las teorías kleinianas de las relaciones parciales de

objeto, las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, la teoría de la envidia y los mecanismos de defensa primitivos, especialmente los de splitting e identificación proyectiva (1991, p.38).

Bion postulaba que el individuo tiene conciencia desde el comienzo de la vida (considerada por Freud como “el órgano sensorial para la percepción de cualidades psíquicas”). En los primeros estadios la conciencia es rudimentaria. Su desarrollo requiere de estímulos, que son los sentimientos en un comienzo y, posteriormente, toda gama de fenómenos mentales. Este órgano tiene una estrecha relación con la realidad externa e interna y el modo de encarar dicha realidad depende de su funcionamiento. Las múltiples experiencias del individuo en contacto consigo mismo y con los demás implican una confrontación ineludible entre su tendencia a “tener conciencia” y “no tenerla”. Este conflicto y sus consecuencias configuran las diferentes mentalidades individuales, una de las cuales es denominada “personalidad psicótica o parte psicótica de la personalidad”. (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.38).

La Personalidad psicótica y no-psicótica

Para Bion la personalidad psicótica es un modo de funcionamiento mental coexistente con otros modos de funcionamiento como la personalidad no-psicótica, cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que tienen sobre el observador. En este sentido no equivaldría a un diagnóstico psiquiátrico, pero el predominio de un funcionamiento sobre otro resaltaría conductas que llevarían a determinar un diagnóstico de psicosis o neurosis en el sentido clínico. El individuo presentará evidencias de ambos, con predominio de uno o de otro y con diferentes grados de estructuración y estabilidad (Grinberg Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.39).

La parte no psicótica de la personalidad se caracteriza por:

- Capacidad de combinar pensamientos entre sí, de crear símbolos y lenguaje.
- Acceso a la realidad interna y externa.
- Equilibrio de los impulsos libidinales y destructivos.
- Utilización de la angustia de forma creativa.
- Sentido común y tolerancia a la frustración.

- Capacidad de establecer sólidas y estables relaciones sociales.

La personalidad psicótica se caracteriza por cuatro rasgos esenciales:

- Intolerancia a la frustración, al dolor mental y a la incertidumbre. Predominio de impulsos destructivos. Incluso el impulso de amar es recubierto por ellos y se transforma en sadismo.
- Un odio violento a la realidad interna y externa.
- Temor a la aniquilación inminente.
- Se trata de relaciones de objeto precipitadas y prematuras, que a la vez se instalan con tenacidad, son sumamente precarias y frágiles.

La intolerancia a la frustración y el dolor mental son las fuentes esenciales que ponen en marcha la escisión y la ulterior evacuación de lo intolerable a modo de IP. El ataque dirigido a aspectos del self determina que las principales actividades mentales, como la percepción y los vínculos con los objetos, aparezcan mutilados y transformados en pequeñas partículas o fragmentos que son expulsados violentamente. La evacuación de dichas partículas se realiza por medio de la IP, experimentadas como poseyendo vida independiente e incontrolada, que amenazan peligrosamente desde afuera. Bion jerarquizó este mecanismo de la IP considerándola como el origen de la actividad, que luego se expresará como la capacidad para pensar. A su vez el autor describe la identificación proyectiva patológica (IPP) como mecanismo utilizado por la parte psicótica de la personalidad. Consiste en una fragmentación violenta del aparato psíquico en múltiples y diminutos trozos o fragmentos. Esta expulsión o evacuación violenta conlleva a veces, el depósito de esos fragmentos en objetos del mundo exterior, formándose los llamados objetos bizarros. Están constituidos por un conglomerado no armoniosamente articulado de fragmentos del aparato psíquico, objetos internos, partes del Yo, partes del Superyo, vínculos y aspectos de los objetos reales. Para la creencia del paciente, estos objetos bizarros enquistan en los objetos reales, poseyéndolos. El objeto poseído ataca a su vez la parte de la personalidad que le ha sido proyectada, despojándola de vitalidad. El resultado será una relación continente-contenido llena de voracidad y envidia que despoja de significado y vitalidad al objeto y a la relación. Estos objetos primitivos y complejos son de naturaleza muy diversa, ya que dependen de los aspectos yoico y superyóico fragmentados y proyectados que invaden el objeto real. El intento del paciente psicótico de utilizar estos elementos para pensar lo lleva a confundir objetos reales con pensamientos primitivos y tratar

a los objetos reales de acuerdo con las leyes del funcionamiento mental, encontrándose luego confundido cuando estos obedecen a las leyes de la naturaleza. La parte psicótica de la personalidad tiene ubicado en el mundo real lo que la persona no psicótica ha reprimido; su inconsciente parece haber sido reemplazado por un mundo de objetos bizarros. Para Bion el paciente psicótico se mueve no en un mundo de sueños sino en un mundo de objetos bizarros que son análogos a los que para la personalidad no psicótica constituyen el mobiliario de los sueños. Sus dificultades provienen del daño en su formación simbólica. De este modo, disponer de símbolos y de la posibilidad de fabricarlos sería la llave para el desarrollo del aparato de pensar pensamientos (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, pp.41-42).

Bion abstraigo el modelo de la relación continente contenido en relación a la IP. La relación continente-contenido ($\text{♀} \text{♂}$) puede ser de crecimiento o decrecimiento. Para el autor la calidad de la emoción determina una u otra consecuencia. Por ejemplo, si la relación está impregnada por la envidia, los elementos continente-contenido son despojados de sus cualidades esenciales (significado, vitalidad) y configuran un modelo contrario al crecimiento. Sería una relación ($-\text{♀} \text{♂}$). Por el contrario cuando se configura un conjunto creciente es presentado como ($+\text{♀} \text{♂}$). El desarrollo y crecimiento se establece sobre la base de la tolerancia de la duda y de la de un sentido infinito. Bion caracterizó con un (punto) estas emociones. La fórmula de crecimiento quedaría así ($+\text{♀} \text{♂}$). En cambio ($-\text{♀} \text{♂}$) no se desarrolla; por el contrario sufre permanentes ataques despojantes que pueblan el espacio mental de los objetos bizarros-cosas en sí mismas. Bion caracterizó esta fuerza con el signo $\leftarrow \uparrow$. La fórmula del funcionamiento de la parte psicótica de la personalidad quedaría ($-\text{♀} \leftarrow \uparrow \text{♂}$). El factor central que diferencia la personalidad psicótica de la no psicótica es el ataque sádico al Yo y a la matriz del pensamiento, junto con la IP de los fragmentos que tiene lugar en el comienzo de la vida del paciente. En la personalidad psicótica el ataque se va repitiendo y complejizando, no hay síntesis posible sino aglomeración; la IP y el splitting son usados como sustitutos de la represión. La instalación y desarrollo de la personalidad psicótica es considerada en relación a una disposición congénita, un sentimiento de envidia y una disposición destructiva primaria, así como también la relación con una madre que ha sido incapaz de realizar su función de recibir, contener y modificar violentas emociones proyectadas por el niño (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.43).

El pensamiento y el lenguaje en la personalidad psicótica

Bion postula que los trastornos del pensamiento en el psicótico se basan en la intolerancia a la frustración y en la persistencia del mecanismo de IPP. Con respecto a la frustración, la parte psicótica de la personalidad la evita, produciéndose elementos beta, en lugar de buscar modificar la frustración, con producciones de elementos alfa. A su vez, hay un incremento hipertrófico de la IP en forma tal que resulta una permanente evacuación de todo aquello que se relaciona con la frustración, el dolor, y la conciencia de esa situación. La evasión de la frustración y del dolor se logran atacando destructivamente la parte del aparato mental capaz de percibirlos. El límite entre el self y el objeto externo quedan borrados y las funciones de comunicación quedan teñidas por la tendencia a la evacuación. La IP patológica es denominada también como excesiva, en el sentido de un exceso de omnipotencia o en la distancia en la cual se arrojen los fragmentos o en la frecuencia de su repetición. En contraste con ésta, Bion describe la IP realista definida como la coincidencia del contenido proyectado, en un continente acorde con lo evacuado y capaz de devolverlo modificado (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.45).

La constitución de objetos bizarros genera dificultades en la constitución y estructura del lenguaje. Las partículas evacuadas que contienen objetos bizarros deben ser puestas nuevamente bajo control, para que la personalidad psicótica pueda intentar el desarrollo de un lenguaje verbal. El paciente careciendo de auténticos símbolos pasa a depender de los objetos bizarros para formar una matriz de palabras inadecuadas para ser usadas en el intento de comunicación. A su vez el manejo inapropiado de la destructividad ataca los eslabones incipientes de pensamientos de la parte no psicótica de la personalidad y los eslabones sensoriales de la conciencia. En consecuencia no pueden formar símbolos, ni sintetizar objetos, ni combinar palabras, suelen yuxtaponerse o aglomerarse. Los ataques sádicos sobre la matriz del pensamiento y del lenguaje, junto a la IP patológica de los fragmentos hacen que la divergencia entre la parte psicótica y no psicótica de la personalidad sea cada vez mayor, hasta que finalmente la separación se sienta como insalvable. El paciente dominado por la parte psicótica de la personalidad se siente prisionero de su estado mental. La fantasía de encarcelamiento se intensifica por sentirse rodeado de la amenazadora presencia de fragmentos evacuados. Cualquier tentativa de síntesis es difícil: el paciente puede comprimir los objetos, pero no puede correlacionarlos. Como los pensamientos verbales dependen de la elaboración de la PD, involucran un mayor conocimiento de la realidad psíquica y enfrentan al paciente con el sufrimiento doloroso de la depresión y de la pérdida de objetos. Si en una etapa el paciente recupera su capacidad simbólica en base a elementos alfa y adquiere conciencia, puede

sentirse encerrado en el análisis, del analista o de su propio estado mental de locura. Siente que cualquier progreso lo confronta con el dolor del conocimiento de su locura. Pero tampoco se atreve a hacer uso de la regresión por miedo a verse aprisionado y sin esperanza de recuperación. De ahí que intente recurrir de nuevo a la IPP para colocar las temidas palabras y la temida conciencia adquirida dentro del terapeuta. Este dilema se repite una y otra vez en el curso de un tratamiento (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.47).

La transferencia y la psicosis

J. Erroteta define la transferencia “como un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para el sujeto y que dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real y actual. La transferencia es pues una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente y por lo tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, lo que le da su carácter de respuesta inadecuada, desajustada e inapropiada” (2009, p.67).

En el paciente psicótico hay un permanente ataque a todo vínculo con el analista que lleve al progreso en cualquier dirección. Las consecuencias del ataque es que dejan al paciente desprovisto del estado mental necesario para el establecimiento de una relación mental de crecimiento. El psicótico tiende a atacar fundamentalmente el vínculo con el objeto y los vínculos entre distintos aspectos de su self, el vínculo con la realidad externa e interna y los aparatos que perciben dichas realidades. Como consecuencia, en la parte psicótica quedan en forma preeminente relaciones aparentemente lógicas, casi matemáticas, pero nunca emocionalmente razonables. Estos vínculos mutilados son de carácter perverso, cruel y estéril y están asociados con arrogancia, estupidez y curiosidad (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.48).

La psicosis transferencial es definida por J. Erroteta como “un tipo de transferencia que impide o al menos distorsiona la relación entre paciente y terapeuta considerados como dos individuos humanos y cuerdos, separados y vivos, ya que, indefectiblemente, en mayor o menor grado, el paciente tiende a englobar al terapeuta en su temática delirante. La psicosis de transferencia es el modo de reconversión de los síntomas psicóticos durante el tratamiento

psicoanalítico para lograr allí su modo de expresión y se describe como intensa, primitiva, voraz, simbiótica y masiva. [...] Sus principales características: la intensidad y la fragilidad, la avidez y la intolerancia a la frustración, el ímpetu y la timidez, condicionan unas especiales relaciones del psicótico con el terapeuta del que esperan, con extremada impaciencia, un apego absoluto y una ceguera total para la realidad. De modo que los principales caracteres de la psicosis de transferencia se hallan atravesados por el proceso psicótico y fundamentalmente alterados por el mismo” (2009, p.68).

Contratransferencia

J. Erroteta define la contratransferencia como “la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico. Concebida en principio como un obstáculo en la relación analítica, a través de los años ha ido demostrando su enorme valor terapéutico al permitir comprender (por sus “efectos”) precisamente las más primitivas y silentes identificaciones proyectivas” (2009, p.71).

El autor considera que en el trabajo con enfermos psicóticos, la primera y más generalizada manifestación contratransferencial es la angustia. Esta dará lugar a diversas defensas contratransferenciales tendientes a incapacitar al terapeuta, impidiéndole colocarse en la posición técnica adecuada. Y finalmente, un peligro más a la hora de abordar la posible finalización del tratamiento se hallara argumentos y motivos para retenerle, aunque esto pueda ir en contra de lo más adecuado para el paciente. Bion apela al “sentido común” como herramienta esencial en el manejo de estos pacientes. Considera que se necesitara utilizar la intuición, la prudencia, la previsión, todos los sentidos y también la experiencia de los demás. Por último, plantea que el tratamiento de un enfermo psicótico se llega a un momento en que el paciente se hace consciente de su gravedad. El sentimiento contratransferencial acude al deseo de suavizar y relativizar esa dolorosa toma de conciencia, pero si se hace se habrá echado por tierra e invalidado cualquier trabajo previo. (2009, p.71)

Tratamiento psicoterapéutico en las psicosis

Para Rabinovich la dirección de la cura en el pensamiento bioniano radica en la transformación en sesión de la experiencia emocional actual en una interpretación. La función de ésta es lograr el awareness (entendido como percatarse de), el awareness del estado emocional existente. Ésto conlleva un aumento de la capacidad de pensar, sinónimo de integración de dos objetos y equivale a la función sintética. El psicoanálisis es el aprendizaje de la experiencia emocional cuyo desenlace exitoso culmina en el incremento de la capacidad de pensar pensamientos. En la psicosis el objetivo es el mismo. La diferencia radica en que la personalidad psicótica determina la organización de la transferencia, bajo el imperio de las transformaciones en alucinosis. El paciente recurre a ellas porque su aparato para pensar está destruido, también su conciencia y su capacidad de awareness. Plantea que el objetivo principal del psicoanálisis de las psicosis es reparar el aparato psíquico psicótico (1988, p.87-88).

Solimano considera que si bien el psicoanálisis ha podido explicar teóricamente el campo de las psicosis para comprender fenómenos clínicos, la base del método psicoanalítico se encuentra en un estado experimental, ya que la eficacia en términos terapéuticos ha sido escasa hasta el momento. Plantea que “desde el punto de vista terapéutico una limitación importante es que el principal instrumento del método, la interpretación, se basa en el lenguaje simbólico como el medio para acceder al pensamiento y es precisamente la dificultad de simbolizar una de las características básicas de la psicosis. [...] En cuanto a la psicoterapia basada en la técnica psicoanalítica clásica, más allá de su valor como método de investigación, los resultados terapéuticos han sido relativos y muestran un carácter experimental” (2007, p.11).

Para esta problemática considera que es indiscutible la psicoterapia de abordaje múltiple, combinando recursos terapéuticos biológicos, psicofarmacológicos, con terapias psicosociales, con terapias individuales, familiares y actividades de resocialización. Plantea un modelo de abordaje psicoterapéutico en relación con la realidad, la IP y el vínculo terapéutico: parte de la hipótesis de que toda psicosis, aun en su período más perturbador mantiene un contacto con la realidad. Este hecho supone una escisión o disociación psíquica. “Este mecanismo de defensa, descubierto en el fetichismo y extendido a las psicosis, que consiste en el rechazo de una percepción traumatizante (la falta de pene en la mujer) tiene como consecuencia la instauración dentro del sujeto de dos actitudes psíquicas diferentes, contrapuestas e independientes entre sí (Freud 1938). Esta escisión implica una doble relación del Yo con la realidad externa, una que la reconoce y otra que la niega, actitudes que persisten conjuntamente sin influirse entre sí. A diferencia de la división primaria (Spaltung) entre

sistemas (Cc-Inc) o estructuras (Yo-Ello) esta es una división intrasistémica (dentro del Yo). M. Klein utiliza disociación (splitting) en un sentido distinto al de Freud, porque designó así la división del yo como proceso básico en el desarrollo del psiquismo y mecanismo central en la defensa frente a la ansiedad a lo largo de toda la vida” (2009, p.9).

Teniendo en cuenta la teoría de Bion de la parte psicótica y no psicótica de la personalidad a predominancia de una sobre la otra, Solimano plantea la posibilidad de una interacción entre ellas que sirva de base para una estrategia terapéutica general con el objetivo de que la parte no-psicótica adquiera dominio de la personalidad, controlando a la parte psicótica. Dicho de otra manera, debe actuar como continente en función de cuidado y preservación del self. La actitud técnica que el autor propone es de “aceptar la psicosis que mediante la IP el paciente deposita en el terapeuta con la ¿esperanza? de volverla pasible de ser contenida. El objetivo terapéutico es capacitar a la parte no-psicótica para que pueda cumplir esa función de cuidado y preservación. La dificultad de lograrlo se traducirá en la repetición en la transferencia del fracaso de esa función primaria. En síntesis plantea que la psicoterapia psicoanalítica es un buen método para darle al paciente la posibilidad de vivir con su locura más que *curarla de ella* (2009, p.13).

J. Erroteta reflexiona acerca del manejo técnico de la psicosis de transferencia. Plantea que en la psicosis el manejo del lenguaje y el simbolismo se encuentra perturbado, donde hay una predominancia de ecuaciones simbólicas. En este sentido las interpretaciones del analista, son expresiones simbólicas que se consideran ineficaces y perjudiciales dando lugar a nuevas formaciones delirantes por parte del paciente. Expresa que el trabajo del analista es esperar a que haya suficiente discriminación entre lo psicótico y lo no-psicótico para poder abordar desde la transferencia neurótica los aspectos más enfermos. Para ello, el autor privilegia las interpretaciones clivadas, que vayan permitiendo al paciente conocer y hacerse cargo primero de su personalidad no psicótica y desde ella posteriormente, aproximarse a su parte psicótica, asumiéndola como una parte e ir estableciendo intercambios integradores entre ambas (2009, p.72).

Por su parte, A. Alvarez Arboleda reflexiona acerca de los llamados ataques al vínculo terapéutico o también en otra versión, ataques al pensamiento propuestos por Bion (1959). Es una descripción que hace de la relación analítica donde el paciente termina pareciendo estar desmentalizado u oligofrénico. El origen de esta situación, Bion la remonta hasta las primeras relaciones y vínculos afectivos entre el bebé y el pecho materno, y entre sectores de su pensamiento. Este mecanismo se desencadena por el predominio de los herederos del instinto de muerte, de los objetos persecutorios, de la envidia y de la agresión. Recomienda poner al servicio del paciente la

función continente recogiendo los objetos fragmentados y expulsados por éste, agrupándolos y tratando de darles un sentido, devolviéndolos luego al paciente ya organizados, elaborados, metabolizados, libres de sus componentes persecutorios y destructivos. Lo que él llama en su lenguaje: cambiar los elementos beta en elementos alfa. Cuando la capacidad materna de ensoñación es deficiente no puede transformar los elementos beta en elementos alfa. Es igual a lo que sucede entre el terapeuta y el paciente, experimentando este último un estado de máxima angustia y desorganización mental por falta de esta comprensión de su mensaje, a lo que Bion ha denominado “terror sin nombre” (2007, p.18).

Lo grupal

Breve Historia del Psicoanálisis Grupal

Los primeros intentos de abordajes colectivos con fines terapéuticos, fueron las actividades iniciadas por J. H. Pratt en 1905 al introducir el sistema de “clases colectivas” en una sala de pacientes tuberculosos. El objetivo de esta terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos, mediante intervenciones sugestivas. Las clases a que concurrían más de cincuenta pacientes formulaban preguntas, discutían temas con el médico. Los que mejor cumplían el régimen, pasaban a ocupar las primeras filas del aula, estableciéndose un orden de jerarquías. Su técnica se apoya en la aparición de sentimientos solidarios en el grupo y de asumir él mismo una figura paterna idealizada. A los métodos seguidos de la orientación de Pratt se los denominó Terapias Exhortativas Parentales que actúan Por el Grupo. En EEUU, en 1935, la Institución de Alcohólicos Anónimos, en vez de focalizar en un líder centralizado, refuerza la vinculación fraternal e igualitaria donde el liderazgo lo tiene un miembro recuperado. En este caso la transferencia se apoya en esa red. Ambas prácticas tienen en común un espacio de soporte solidario de restitución de la dignidad personal y son redes de sostén, su dinámica consiste en la actuación por las emociones del grupo. (Fernández, 1989, p.60)

Se considera que los aportes psicoanalíticos de orientación anglosajona, fueron pioneros en la organización de dispositivos grupales con fines psicoterapéuticos. Fueron figuras representativas en la década del 30, Salvson, Schilder y Klapman. Introdujeron la interpretación en la situación colectiva, aplicando al grupo el setting psicoanalítico. Se agrupaban personas con un mismo tipo de problema y corría el supuesto que la interpretación a uno de los miembros debería ser válida para la mayoría. Se denominan Terapia Interpretativa Individual en Grupo. Otra corriente denomina Técnica Interpretativa de Grupo, concibe a este como una totalidad y es el punto de partida de toda interpretación, en Argentina fue practicada por Grinberg, Langer y Rodrigue y lo denominaron Terapia del Grupo. Estas terapias fueron creando nociones como fantasía grupal que operaron en analogía con la fantasía singular. Permitieron crear institucionalidad en el campo grupal en un nuevo campo de aplicación: la clínica psicoanalítica. (Fernandez, 1989, pp.63-65)

A su vez, T. Burrow en 1927 realizó sus primeras experiencias a lo que él denominó Grupoanálisis. Sostenía que el análisis del individuo no puede ser completo sin el análisis del grupo al que forma parte. S. R. Slavson en 1934, puso en marcha un tratamiento de niños y adolescentes

con procedimientos grupales. Su objetivo era lograr en un clima permisivo y bajo la presencia de un terapeuta neutro que interviniera lo mínimo, los niños establezcan buenas relaciones sociales entre ellos. El postulado de esa práctica es que toda psicopatología se instaura en un medio familiar deficiente o traumatizante. El grupo organizado podría restaurar y consolidar esas funciones integrativas del yo. (Fernandez, 1989, p.66)

D. Kordon expresa que el primer dispositivo analítico grupal es introducido por W. Bion en la década del 40 en Inglaterra. Durante la segunda guerra mundial asumió las funciones de Director del sector de rehabilitación de un Hospital Psiquiátrico Militar de Northfield. Los pacientes debían ser adiestrados para volver a reintegrarse a sus tareas militares. Se propuso considerar la rehabilitación como un problema grupal. En 1948 fue convocado por la Tavistock Clinic de Londres, para hacerse cargo en el tratamiento de pequeños grupos. La confluencia entre su práctica con grupos con objetivos y su formación psicoanalítica, generaron las condiciones que posibilitaron elaborar los conceptos fundamentales de su práctica, tales como los dos niveles de funcionamiento en los grupos: el grupo de supuestos básico y el grupo de trabajo. Elabora un dispositivo de tratamiento grupal con una técnica y un encuadre psicoanalítico. (2002, p.24)

M. Balint implementó técnicas de grupo como medio de aprendizaje de nuevas conductas profesionales y como campo de investigación referido a los procesos relacionales de los médicos. (Kaes, 2000, p.37)

En Argentina, en la década del 50, E. Pichón Riviere, se inserta en el campo social conceptualizando esencialmente desde lo psicosocial, lo sociodinámico e institucional. Inventa la intervención en los Grupos Operativos, propone un sistema E.C.R.O (esquema, conceptual referencial y operativo. J. Bleger propone dos niveles o modelos de sociabilidad: la sociabilidad sincrética y la sociabilidad por interacción, presente en toda institución y todo grupo. (Kaes, 2000, p.38)

En Francia en la década del 60, B. Pontalis crea el Pequeño Grupo como Objeto, tomando al grupo como objeto psíquico para sus sujetos. El grupo es considerado como un objeto de investiduras de pulsiones y de representaciones inconcientes. D. Anzieu, toma al grupo como realización de deseos inconcientes, dirá que el grupo es como un sueño, es el medio y el lugar de la realización imaginaria de los deseos inconcientes infantiles. Por su parte R. Kaes conceptualiza el concepto de acoplamiento grupal de las psiquis y considera al grupo como la sede de una realidad psíquica propia. (Kaes, 2000, p.40)

Para los fines de la investigación me centrare en los estudios de Bion en relación al Grupo de Trabajo y el Grupo de Supuestos Básicos, los desarrollos de Grupo Operativo de Pichón Riviere.

El grupo Operativo de Pichón Riviere

Pichón Riviere (1975) define al grupo como “un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna, se proponen en forma explícita o implícita una tarea que construye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles”. Si bien el grupo operativo es un dispositivo técnico específico², se puede evaluar los criterios de operatividad acerca de la relación de cualquier grupo con la tarea que lo convoca. El término operativo tiene que ver con el operar, obrar y hacer del grupo. La operación se relaciona con la temática del aprendizaje del conocimiento. Pichón Riviere define la tarea del grupo operativo como el aprender a aprender, o aprender a pensar, no importa cuál sea el campo de acción. Y enfrentar la tarea es la movilización de estructuras estereotipadas (Woronowsky y Jasiner, 1999, p.98).

Tiene en cuenta la ansiedad paranoide y la ansiedad depresiva propuesta en la teoría de M. Klein, denominándolas como miedo al ataque y miedo a la pérdida respectivamente. Considera que son ansiedades básicas coexistentes y cooperantes en toda situación nueva. Toda situación nueva es un factor potencial de desequilibrio, por ende de incremento de tensión. El miedo a la pérdida se entiende de aquello que se posee, sea un marco de referencia conceptual, un personaje interno o externo; y el miedo al ataque sería de aquello que, por sus características de desconocido, amenaza el equilibrio narcisista. La aparición de lo nuevo es condición de aprendizaje, comunicación y creatividad, pero concita en el mismo acto el incremento de las ansiedades básicas, configurando así la situación de resistencia al cambio. Condición para la repetición (antítesis del aprendizaje),

² M. Woronowski (1999) explican el grupo operativo de E. Pichón Riviere como un dispositivo técnico, donde se reúnen un grupo de personas que tienen una tarea en común que las convoca. Está compuesto por un coordinador que no aporta información teórica o técnica acerca del tema en cuestión y un observador no participante que toma nota. El coordinador expresa de tanto en tanto alguna explicación no verbalizada por el grupo que suele articular con alguna hipótesis acerca de las ansiedades que operan como obstáculo en la relación entre el grupo y su tarea. la técnica tiene la finalidad que sus integrantes aprendan a pensar en una coparticipación del objeto de conocimiento.

discurso dilemático, el maniqueo (antítesis de la comunicación), el estereotipo y la enfermedad. Enfermedad que será adaptación pasiva en la medida que configura un repliegue hacia la repetición, la satisfacción neurótica o la alucinación. Define la tarea como “transformar los dilemas en problemas” (Woronowsky y Jasiner, 1999, pp.101-103).

En cada grupo se articulan los diferentes “grupos internos” de cada integrante. Una dialéctica permanente entre el grupo interno y el grupo externo de cada integrante, se encuentran diferentes escenas históricamente producidas. El grupo real es un eje sincrónico, y la historia subjetiva de cada uno, es un eje diacrónico, el punto de cruce hay un acontecer grupal entretejido como asunción y adjudicación de roles. Los diferentes roles en el GO los define como:

- Emergente: la toma de un miembro que asuma esa conducta que emerge desde el tramado colectivo, definido como el rol de portavoz de un acontecer que lo trasciende, pero en el cual se incluye desde la verticalidad
- Chivo emisario: aquel integrante que se convierta en soporte de aspectos que en cierta escena grupal aparezcan negativamente y que son por lo tanto, escindidas y cargas en él
- Liderazgo: fenómeno de signo contrario, completamente de aquel
- Saboteador: actuara la huida ante el obstáculo que la tarea presenta para el conjunto de los integrantes.

El grupo será operativo si adviene a la elaboración de las ansiedades que configuran la situación básica de resistencia al cambio. Estos roles, habrán de estar potencialmente disponibles ante toda situación nueva, la operatividad del grupo estará dada por la rotación de los integrantes entre los diferentes roles (Woronowsky y Jasiner, 1999, p.105-106).

Interpretar en el GO no será revelar, tampoco explicitar, sino nuevamente problematizar. El coordinador será un copensador, cuya tarea será pensar con el grupo acerca de los obstáculos que operan desde la latencia, desde lo no dicho, la interpretación se incluye como función reestructurante que aporta al grupo un escenario en el cual puedan problematizarse los estereotipos. Por lo tanto, la actividad en los GO está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación, debido al monto de ansiedades que despierta el cambio (depresiva por abandono al vínculo anterior y paranoide creada por el vínculo nuevo y la inseguridad). Estas dos ansiedades son coexistentes y cooperantes y si son intensas pueden cerrar el sistema en un círculo vicioso. Los roles tienden a ser rígidos al comienzo hasta que se configuran los roles de liderazgos funcionales, es decir, liderazgos operativos que se hacen más eficaces en el aquí y ahora de la tarea. En el GO coinciden el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la

resolución de la tarea, porque en la operación de la tarea es posible resolver situaciones de ansiedad. La tarea que adquiere prioridad en un grupo es la elaboración de un esquema referencial común, como condición básica para el establecimiento de la comunicación. Esta construcción de un ECRO grupal constituye un objetivo y obliga a los integrantes del grupo a un análisis. Logrando esto el grupo comienza a funcionar sobre implícitos compartidos que se reflejan en las características y formas que toman los roles, que de fijos y estereotipados se hacen funcionales. El grupo estereotipado adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, los roles se hacen intercambiables y el grupo se vuelve operativo, se realimenta y encara la toma de decisiones (Woronowsky y Jasiner, 1999, p.112).

En todo grupo rigen tres principios básicos:

- 1) Pertinencia.
- 2) Pertenencia
- 3) Cooperación:

En la medida que el grupo operativo se centra en la ruptura de los estereotipos de la comunicación y los mecanismos de adjudicación y asunción de roles se permite una modificación de los vínculos internos y externos. Hace posible un abordaje más plástico de la realidad, una conducta adaptativa creadora, con capacidades de planificación y proyecto personal (Woronowsky y Jasiner, 1999, p.127).

El grupo operativo se puede dividir en dos periodos:

- pre-tarea: se caracteriza por la apelación a los mecanismos de escisión, como instrumentación de la Ps, disociando el sentir, el pensar y la acción. El coordinador en esta instancia debería conducir al grupo al análisis de los factores que impiden la penetración en el segundo periodo. Es un momento habitual, pero si se estanca, si se rigidiza, la productividad del grupo es nula
- tarea: momento de elaboración de los cuatro momentos de la función operativa. Sobre la base de dicha planificación el sujeto puede orientar la acción:
 - estrategia: Delimitación de objetivos. Es necesario, una vez explorado el campo y evaluada las posibilidades de éxito o fracaso, diseñar una forma que nos indique qué es lo que vamos a hacer, durante cuánto tiempo, a dónde vamos a llegar y a través de qué etapas. Es el plan de acción sobre el camino a recorrer para llegar a la meta final utilizando los datos obtenidos en la etapa logística.

- **Táctica:** La forma en que se va a poner en marcha el plan de acción. Diferenciación de roles, tiempos estimados, responsabilidad en las actividades, número, lugar y frecuencia de las reuniones, etc.
- **Técnica:** Las técnicas que se van a emplear para lograr cada una de las fases. Las diferentes formas en que se utilizan los instrumentos para operar en el campo de trabajo, o sea la sistematización de los distintos caminos para llegar a un mismo objetivo.
- **Logística:** Aproximación al campo de trabajo e intentar las operaciones necesarias para colocar a dicho campo en condiciones tales que la experiencia sea eficaz. Es un trabajo de observación preliminar, en el que se trata de descubrir y sistematizar los datos que se vayan obteniendo, y evaluando la posibilidad que se va a tener de manejar esos datos o de realizar operaciones destinadas a modificar los datos iniciales

A través de la situación caracterizada por la estereotipia de los roles y a través de la tarea, se llega a configurar otra con liderazgos funcionales, lo que se expresa por la rotación de los mismos. En la medida que los sujetos adquieren mas elasticidad pueden asumir el rol de interpretadores, advirtiéndose un autocontrol, una autoalimentación y una autoconducción del grupo (Woronowsky y Jasiner, 1999, p.129-130).

El grupo tiene un aspecto creativo a evaluar, es considerado el índice más significativo de la operatividad del grupo. Cuando opera con un pensamiento creador, ha adquirido funcionalidad. Es un hecho objetivo que la tarea en común es de un rendimiento superior. Se analizan en el grupo los aspectos referentes a la transferencia grupal, que se expresa a través del portavoz, quien expresa algo en relación (vínculo positivo o negativo) con el coordinador, y que en un primer periodo es dispersa, escindida en pedazos, caótica, débil, inestable y que a medida que progresa la tarea del grupo va mostrando mayor cohesión. Se incluye la contratransferencia, en la actitud del coordinador, que puede ser:

- **autocrática:** utiliza técnicas directivas, rígidas, favorece un estereotipo de dependencia, entrando en la resistencia al cambio.
- **laissez-faire:** delega al grupo la autoestructuración y asume parcialmente sus funciones de análisis de la situación y orientación de la acción.

- Democrática: es el rol ideal, que puede asumirse en el trabajo grupal. El intercambio entre el coordinador y el grupo se realiza en forma de un espiral permanente, donde se ligan los procesos de enseñanza y aprendizaje formando una unidad de realimentación.
- Demagógica: es impostor ya que tiene una postura autocrática, muestra una apariencia democrática, cayendo a veces en situaciones de laissez-faire (Woronowsky y Jasiner, 1999, pp.137-138).

La teoría del Grupo de Supuestos Básicos y el Grupo de Trabajo de W. Bion.

Bion parte de la formulación freudiana, en el sentido de que en toda psicología individual es simultáneamente social, sostiene que la psicología individual y grupal no puede diferenciarse, en tanto la psicología individual es una función de la relación de una persona con otra. El individuo es un animal de grupo que está en guerra tanto con el grupo como con los aspectos de su personalidad que constituye la esencia de su carácter gregario. Plantea que el grupo ofrece ventajas para el despliegue creativo de las individualidades y de los aspectos de pertenencia discriminada. Considera el hecho de que el trabajo grupal puede interesarse por la verdad en tanto sean elaborados los aspectos regresivos que promueve. Bion postula que la situación de grupo se da en permanentes movimientos entre una actividad transformadora de la realidad y una tendencia a la regresión al servicio del principio de placer. Los grupos constituyen así instrumentos altamente eficaces para el desarrollo de una tarea organizada, enfrentándose simultáneamente a la irrupción de una fantasmática psíquica más primaria. Expresa que cuando un grupo se reúne para realizar una tarea específica se puede discernir dos tipos de tendencias: una dirigida a la realización de la tarea propuesta, y otra que parece oponerse a ella. La actividad del trabajo es obstruida, diversificada o asistida por una actividad más regresiva y primaria. Al estar en grupo, el adulto experimenta una regresión: vive la sensación de pérdida de su particularidad. La coexistencia de las dos modalidades de funcionamiento grupal (GSB y GT) implica un conflicto permanente planteado y siempre recurrente dentro de los grupos; la tendencia a la diferenciación del individuo se contrapone a la tendencia regresiva (Kordon, 2002, p.25-26).

Para referirse a estos fenómenos típicos, Bion introduce una terminología específica que da cierta unidad a los rasgos comunes observados. Estos términos son: mentalidad grupal, cultura grupal, supuestos básicos, grupo de supuestos básicos y grupo de trabajo.

Mentalidad grupal y cultura del grupo.

La mentalidad grupal deriva del hecho de que el grupo funciona como una unidad, aunque sus miembros no se lo propongan ni tengan conciencia de ello. Designa la actividad mental colectiva que se produce cuando las personas se reúnen en grupo. La mentalidad grupal está formada por la opinión, voluntad o deseos unánimes del grupo en un momento dado. Los individuos contribuyen a ella en forma anónima e inconsciente. La mentalidad grupal puede estar en conflicto con los deseos, opiniones o pensamientos individuales, produciendo molestias, enojos u otras reacciones (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.22)

La organización del grupo en determinado momento puede ser vista como la resultante del interjuego entre la mentalidad grupal y los deseos del individuo. Esta organización es llamada por Bion cultura del grupo. Incluye la estructura adquirida por el grupo en un momento dado, las tareas que se propone y la organización que adopta para la realización de las mismas. Puede ser descrita por un observador teniendo en cuenta las conductas de sus integrantes, los roles que estos desempeñan, los líderes que actúan y el comportamiento del grupo como totalidad. Para dar mayor precisión al concepto de mentalidad grupal, Bion introduce el de supuesto básico (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.23)

Supuestos básicos.

Es un término que califica el de mentalidad grupal. Este es el continente de todas las contribuciones hechas por los miembros del grupo. Los supuestos básicos dice algo acerca de los contenidos de esta opinión, o de sus diferentes contenidos posibles, permitiendo una comprensión más amplia de los fenómenos emocionales en los grupos. Los supuestos básicos están configurados por emociones tensas de origen primitivo, expresan fantasías grupales de tipo omnipotente y mágico en relación a sus fines o satisfacción de sus deseos. Estos impulsos irracionales en su contenido, tienen una fuerza y realidad que se manifiesta en la conducta del grupo. Los supuestos básicos son inconscientes y opuestos a las opiniones conscientes y racionales de los miembros del grupo. Los supuestos básicos jerarquizados por Bion son tres:

1. SB de dependencia (sbD): en términos narrativos el grupo sustenta la convicción de que está reunido para que alguien, de quien el grupo depende en forma absoluta, provea la

satisfacción de todas sus necesidades y deseos. Existe un objeto externo cuya función es proveer seguridad al grupo. En otra terminología, es la creencia en una deidad protectora cuya bondad, potencia y sabiduría no se cuestionan.

2. SB de ataque-fuga (sbF): consiste en la convicción grupal de que existe un enemigo y que es necesario atacarlo o huir de él. En otros términos, el objeto malo es externo y la única actividad defensiva frente a este objeto es su destrucción (ataque) o evitación (huida).
3. SB de apareamiento (sbA) en términos narrativos es la creencia colectiva e inconciente que cualquiera sea n los problemas y necesidades actuales del grupo, un hecho futuro o un ser no nacido los resolverá; es decir, hay esperanza de tipo mesiánico. Muchas veces la esperanza esta puesta en una pareja cuyo hijo, no concebido aun, será el salvador del grupo. Lo importante en este estado emocional es la idea de futuro y no la resolución del presente.

Los SB son equivalentes para el grupo de fantasías omnipotentes acerca del modo en que se resolverán sus dificultades. Las técnicas que utilizan son mágicas. Todos los SB son estados emocionales tendientes a evitar la frustración inherente al aprendizaje por la experiencia, aprendizaje que implica un esfuerzo, dolor y contacto con la realidad. El lenguaje no suele aparecer desarrollado como una forma de pensamiento sino utilizado como una forma de acción. Es un lenguaje despojado de su cualidad comunicativa (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.25).

Grupo de Trabajo.

Se refiere a un tipo particular de mentalidad grupal y a la cultura que de este se deriva. El GT requiere de sus miembros capacidad de cooperación y esfuerzo. Se da por una cierta madurez y entrenamiento para participar en él. Es un estado mental que implica contacto con la realidad, tolerancia a la frustración, control de emociones, es análogo al Yo como instancia psíquica descrito por Freud. La tarea realizada por el grupo supone la utilización de métodos racionales y científicos en su abordaje. El líder es aquella persona capaz de ser eficiente en proporcionar una posibilidad para que dicho abordaje se realice. La tarea que puede ser dolorosa, promueve crecimiento y maduración en el grupo y en sus miembros. El intercambio verbal es una función del grupo de trabajo y la acción que de ella resulta también lo es. Permite la evolución de ideas nuevas; estas no son deificadas, ni negadas, ni expulsadas, ni su avance es obstruido, como sucede en el grupo de SB (Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1991, p.30)

La coexistencia del grupo de GSB y del GT determina un conflicto permanentemente planteado y siempre recurrente dentro del grupo. La actividad del GT es perturbada por el GSB; la tendencia a la diferenciación del individuo se contrapone a su tendencia regresiva a no hacerlo.

El Grupo Sygma subraya que es frecuente el malentendido que suele darse a la utilización de los conceptos de SB y GT en el cual se les atribuye un carácter valorativo “negativo” al primero y “positivo” al segundo. De este modo plantean que ambos no son ni negativos, ni positivos, más bien, inevitablemente existentes. Toman la descripción de Bion acerca de la capacidad de reverie en la relación madre-bebé como modelo vincular, para aplicarlo a lo que se considera grupo. Distinguen dos factores: el contenimiento y la ensoñación. Con respecto al primero, así como Bion describió una “personalidad total” en el modelo vincular de la relación madre-bebe, los autores postulan una “grupalidad total” en el cual coexisten distintas modalidades de contenimiento grupal: uno fusional (arcaico y primordial), otro propio de la organización de SB y otro propio del GT. En ellos se mantendría el nivel protomental, la contención fusional y de SB; el grupo sería al mismo tiempo, capaz de contener y desarrollar ideas nuevas y también cooperación. Con respecto al factor de ensoñación los autores proponen basarse en la “afirmación de Bion acerca de que el mito y el contenido manifiesto del sueño han de ser considerados como versiones grupal e individual de la misma cosa y esa cosa ha de ser considerada una afirmación de que ciertos elementos están constantemente en conjunción, y en consecuencia, propusimos la hipótesis de que la capacidad de reverie grupal, por lo que a este factor de ensoñación respecta, se manifestaría en la creación y uso de mitos” (Grupo Sygma, 2010, pp.2-3)

Plantean que la capacidad de reverie, tanto en la mente individual como en la mentalidad grupal, se apoya por un lado en el GT y por otro en el de SB. La transmisión emocional de las IPs realistas, predominaría el polo de modalidad de GSB y en el proceso de encontrar significado, el polo GT. La función de reverie dependerá de la oscilación, de amplitud adecuada, entre GT ↔ GSB. Esto lleva a pensar que en el despliegue en la función de reverie grupal deben existir tanto elementos beta como función alfa y elementos alfa. Por ello los autores piensan que “sin elementos alfa (GT), no hay posibilidades de comunicación verbal y sin elementos beta (GSB), no hay posibilidades de comunicación emocional, siendo ambos necesarios para aprender de la experiencia, que, como sabemos, no es un proceso lineal, evolutivo y sereno, sino que avanza a saltos, entre evacuaciones y digestiones.”Sin elementos alfa no es posible conocer nada. Sin el elemento beta es imposible ignorar algo” (Grupo Sygma, 2010, p.7).

Acompañamiento Terapéutico

Historia del Acompañamiento Terapéutico

Durante la segunda mitad del siglo XX se produce en distintos países un movimiento de apertura y transformación en los modos de funcionamiento de los distintos tratamientos psicoterapéuticos, destinados fundamentalmente a pacientes alojados en clínicas psiquiátricas (Rossi y Pulice, 1997).

Existen distintas versiones sobre el origen del Acompañamiento Terapéutico que más adelante se irán desarrollando. Sin embargo, los comienzos del mismo tienen un rasgo en común: aparecen estrechamente ligados a la clínica psiquiátrica. A su vez esto se va complejizando, como se verá, ya que como señalan Pulice y Rossi el acompañamiento terapéutico “ha estado vinculado de una manera muy poco rígida a la práctica psiquiátrica, inscribiéndose en un panorama que era sumamente innovador y que ubica en situación de crisis a la clínica más tradicional tanto en el ámbito psiquiátrico como el psicoanalítico. Aparece más bien en ese entrecruzamiento entre distintas disciplinas, en un borde de la clínica” (1997, p.32).

De la Década del 50 al 70: los movimientos de apertura manicomial

En relación al contexto sociohistórico donde surge la práctica de AT, se podrían reseñar algunos hitos referentes al campo de la salud mental y los dispositivos de tratamientos de pacientes con trastornos graves. G. Rossi expresa que en la última mitad del siglo pasado, en la clínica psiquiátrica y psicológica se producía un *movimiento de apertura y transformación* en los tratamientos influenciados fundamentalmente por el psicoanálisis, la psiquiatría social, la antipsiquiatría y la psicofarmacología. Estos cambios, permitieron la apertura de nuevos dispositivos dirigidos a una *atención ambulatoria* con abordajes inter y multidisciplinarios. Estas nuevas alternativas produjeron cambios a nivel institucional que llevaron a un cuestionamiento de orden teórico y técnico del abordaje asistencial-asilar ante los tratamientos de pacientes con trastornos graves (2007, p.23)

Carpintero y Vainer en el marco de la creación en 1959 de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) reflexionan el contexto social donde surgió este. Expresan que al finalizar la segunda guerra mundial “el capitalismo necesitó reformular un nuevo pacto social en el que debía

asegurar el desarrollo económico”. Para ello, el Estado se encargaba de la seguridad social y económica de los ciudadanos. Este denominado Estado de Bienestar planteó una respuesta a la crisis del capital y al problema del empleo, con un Estado activo que utilizaba los mecanismos de redistribución social en la producción de servicios sociales para el conjunto de la población” (2000, p.1). En el ámbito de la salud mental existían contradicciones y tensiones entre los psiquiatras para constituir una organización gremial. Desde la perspectiva del Estado de Bienestar, “el proceso de transformación del orden manicomial está determinado por esta dinámica política y económica, donde los manicomios fueron reestructurados dando cuenta de nuevas experiencias institucionales como las Comunidades Terapéuticas, los Hospitales de Día y el trabajo preventivo con la comunidad, utilizando los instrumentos que proporcionaba el psicoanálisis, la psicología institucional y la psiquiatría social. Es aquí donde apareció el concepto de *Campo de la Salud Mental*, como aglutinador de esta nueva corriente que pretendía superar el manicomio como forma de asistencia. (...) En esos momentos, la mitad de las camas de internación en el mundo eran psiquiátricas” (2000, p.1).

Durante la década de los 60 en el mundo se producían fuertes cambios en el sistema manicomial. Carpintero y Vainer describen algunas transformaciones del sistema psiquiátrico tradicional:

- La experiencia de Basaglia en Trieste.
- La Psiquiatría de Sector en Francia.
- La Psiquiatría Social y Comunitaria en los Estados Unidos.
- La Escuela Experimental de Bonneuil, fundada en 1969 por Robert Lefort y Maud Mannoni en Francia.
- Las comunidades terapéuticas.

Tenían como proposición “la implementación de sistemas abiertos, la inserción social y productiva del paciente” (2000, p.2).

En Argentina, este proceso coincide con la presidencia de Arturo Frondizi y llega hasta la dictadura de Onganía, su posterior caída, los enfrentamientos de Ezeiza y los preparativos para el retorno de Perón. Los autores lo consideran un período de “profundos cambios sociales y culturales y por la permanencia de una crisis en todos los órdenes: político, económico, social y cultural” (2000, p.2). En el campo de la Salud Mental se incorporaron nuevas profesiones a las instituciones, produciendo un descentramiento de la psiquiatría y reconfiguración del campo. Los autores señalan que “estos cambios comenzaron con la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957; las

nuevas carreras de Psicología en Rosario en 1954 y, en 1957 en la Universidad de Buenos Aires junto con Antropología, Sociología y Ciencias de la Educación. Por último, el primer Servicio de Psicopatología en un Hospital General, ganado por concurso por Mauricio Goldenberg en Lanús, Provincia de Buenos Aires” (2000, p.2).

G. Rossi en su libro *Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores* contextualiza los orígenes del AT teniendo en cuenta el aglutinamiento que produjo entre otras cosas una “multiplicación de actores y esquemas institucionales para abordar el padecimiento mental” (2007, p.20).

Reseña al Hospital General Evita (ex Araoz Alfaro de Lanús, Provincia de Buenos Aires, 1957) como uno de los pioneros en el país en intentar superar la concepción asilar. Se vislumbraba en el recinto la experiencia de Goldenberg con el Servicio Abierto de Psiquiatría, que inauguró la apertura del Servicio a la Comunidad, la integración del trabajo Interdisciplinario, los esquemas alternativos de tratamiento, como la Comunidad Terapéutica y el Hospital de Día. En tanto dentro del psicoanálisis por esta época los analistas se manifestaron contra la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) formando los grupos Plataforma en 1969 y Documento en 1971, los cuales protagonizaron las primeras rupturas a la organización formal APA. Se introduce la enseñanza de Lacan, generando nuevas divisiones. La inclusión del psicoanálisis en los hospitales tuvo como pionero a Pichón Riviere, llegando a crear y promover los Grupos Operativos en los años 60 y la conformación de la escuela de Psicología Social. Esto enmarca “Una salida del consultorio hacia lo social y la posibilidad de tener en cuenta de otra manera el contexto cotidiano de los pacientes, van abriendo un camino para el surgimiento posterior del rol del AT, el cual no aparecerá por casualidad” (2007, p.8).

Los orígenes del Acompañamiento Terapéutico

El AT surge en este contexto en la década del 60. En los comienzos del acompañamiento una figura central fue el Dr. Eduardo Kalina. En 1962 introduce dentro del tratamiento de un paciente alcohólico un nuevo agente de salud que denomina “amigo calificado”. Según su entender había que evitar el “cliniquismo” que era consecuencia de la simbiosis patológica que hacía el paciente con la institución. El Dr. Kalina, relata que el AT se fue constituyendo en una idea que consistía en principio “ir creando un modelo de trabajo cuyos fundamentos surgían de la práctica hacia la teoría” (2004, p.33). Nombrar al AT como “amigo calificado” fue reconsiderado al poco

tiempo de ejercicio y fue sustituido por el de Acompañamiento Terapéutico. Silvia Resnizky y Susana Kuras de Mauer indican que “el cambio de denominación no fue un hecho trivial. Implicó un cambio en cuanto a la delimitación y los alcances del rol” y “cuando se empleaba la expresión amigo calificado, se acentuaba, como es evidente, el componente amistoso del vínculo; mientras que al reemplazarlo por la denominación actual, se destaca lo terapéutico de este tipo de función asistencial”(2004, p.36). El acompañamiento fue “inscribiéndose en un panorama sumamente innovador, ubicándose ante una situación de crisis en la clínica más tradicional tanto en el ámbito psiquiátrico como psicoanalítico” (Rossi, 2007, p.40).

Otra versión sobre los comienzos del acompañamiento terapéutico estaría dada por el Dr. Jorge García Badaracco quien afirma que 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 dice que “es una técnica usada desde hace muchos años en países como EEUU”, porque, “no es intrusiva ni invasiva” y resulta altamente continente (2007, p.42).

El Dr. Julio Moizeszowicz, quien comenzó a finales de la década de los 70 con este recurso con pacientes severamente perturbados, afirma: “al igual que otros colegas, inicié esta forma de tratamiento tiempo atrás, cuando no existía la posibilidad de hoy, de realizar un abordaje múltiple desde la asistencia en salud mental pública o privada. Estos modelos comunitarios surgen, a su vez, en la Europa de la posguerra, en el momento del pasaje de la era manicomial a la reinserción social de los pacientes perturbados”. A través de los psicofármacos se posibilitó “que el paciente perturbado pudiese cambiar conductas, y poder así cumplir otros roles para los que antes estaba inhabilitado” (2007, p.42). Reconoce entre sus precursores en el acompañamiento terapéutico a los Dres. García Badaracco y Kalina y, conceptualmente toma el modelo de comunidad terapéutica diurna.

Otras explicaciones del surgimiento del acompañamiento terapéutico estarían dadas como una alternativa frente a la internación psiquiátrica, recurriendo a la internación domiciliaria. Las mismas eran solicitadas por familias como tratamiento de emergencia, ante pacientes en crisis o en situaciones donde querían evitar una internación psiquiátrica. Eran llevadas a cabo en su mayoría por terapeutas jóvenes.

Alicia Donghi relata que en el año 1977 se integra a un equipo de acompañantes terapéuticos donde tuvo la oportunidad de acompañar a pacientes adictos provenientes de países como Brasil. La demanda era pedida por la familia, de gran poder adquisitivo y que, por razones

sociales preferían que sus hijos con problemas de drogadicción se rehabilitaran en otros países manteniéndose alejados del círculo de su comunidad.

El Dr. Juan Carlos Stagnaro expresa que “a principios de los 70, entre el 71 y el 76, en el hospital de día del Hospital Infante Juvenil “Tobar García” que llegué a dirigir, se desarrolló una técnica que se aproximaba al acompañamiento terapéutico actual. Allí, trabajaban estudiantes, luego licenciados en Psicología, que iniciaron una actividad con el nombre de líderes de grupo. Estos profesionales pasaban gran parte del tiempo de sus actividades con los chicos y también salían a realizar paseos y visitas domiciliarias con el grupo de pacientes a la casa de alguno de ellos rotativamente. Viajaban en la ciudad enseñándoles a orientarse, comprar su boleto colectivo, cuidarse en el viaje, bajar en el barrio correspondiente, ambientarse en él, y luego trabajaban con la familia y los vecinos. Era una actividad de convivencia y socialización con niños y adolescentes psicóticos o con neurosis graves. No se privilegiaba la interpretación de conductas, sino que se trabajaban más las actitudes y contra-actitudes, etc.” (2007, p.43).

Camino a la consolidación e institucionalización del AT

G. Rossi relata que la sistematización de las experiencias se fue llevando a cabo de forma variable, a lo que se fueron incluyendo poco a poco ciertas conceptualizaciones de las intervenciones, en la medida que se fue extendiendo en las instituciones o a partir de algunos terapeutas que fueron formando sus propios equipos de acompañamiento terapéutico. Destaca el espacio que ocupa el acompañante terapéutico, desde sus inicios, se ubica en esa intersección, ese entrecruzamiento antes mencionado, en tres puntos específicos:

- 1) En cuanto a las características de la práctica cotidiana: en que se inserta el acompañamiento terapéutico en interrelación con distintas disciplinas.
- 2) En el orden de la teoría: en el espacio de esos agujeros teóricos-clínicos que presentan las distintas disciplinas.
- 3) Se fundamenta en lo sucedido en el terreno histórico, en momentos de cuestionamiento de las teorías hegemónicas.

Otro elemento que determinó el crecimiento del acompañamiento terapéutico es el retorno de la democracia, dado que la carrera de Psicología se reinicia y en consecuencia tiene un gran aumento de alumnos. En la avidez de los alumnos por experimentar el campo que estudiaban, aún los recién recibidos (categoría 87/88) en adelante, es el acompañamiento terapéutico una salida

laboral para muchos, además de una posibilidad de estar en contacto con los “primeros pacientes”, lo que a su vez permitió una mayor extensión del campo (2007, p.31).

En noviembre de 1983 se realizó el Primer Encuentro Argentino sobre Acompañamiento Terapéutico en Psiquiatría en la ciudad de Buenos Aires. En aquel entonces hubo 170 participantes, donde los que exponían en su mayoría no eran acompañantes. Sino más bien ayudaron a “alojar y habilitar” el AT como campo profesional y de exploración. En 1985 se realizó el Segundo Encuentro Nacional de AT, realizado en Buenos Aires, donde hubo mayores participaciones de ats. En ese mismo año se publica el primer libro de AT: “Acompañamiento Terapéutico y pacientes psicóticos: manual introductorio a una estrategia clínica” (Kuras de Mauer, Resnizky; 2003).

En septiembre del año 2001 se realizó en la ciudad de Córdoba el 2º Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico *“Hacia una Inscripción Institucional y Académica del Acompañamiento Terapéutico, para la Optimización de su Eficacia Clínica”*.

En la actualidad el Acompañamiento Terapéutico tiene como uno de sus objetivos conquistar terreno hacia el reconocimiento profesional de la labor. En algunas provincias de la Argentina como en San Juan, San Luis y Entre Ríos se inicia la carrera de Acompañamiento Terapéutico de modalidad Terciaria y la creación y aprobación de la ley que regula y permite el ejercicio de la profesión.

Definiciones de Acompañamiento Terapéutico

Al acompañante terapéutico se lo puede definir fundamentalmente como un agente de salud mental. El surgimiento de este agente tuvo lugar en nuestro país alrededor de los años 70, emerge como uno de los recursos de mayor importancia que se ha desarrollado en las últimas décadas frente a la creciente necesidad de instrumentar respuestas clínicas alternativas, que permitan sostener tratamientos cuyos abordajes resultaron ser muy dificultosos con métodos tradicionales (Gaitan, Calderon, 2006).

El Dr. Fernando Saurí propone definir el por qué del nombre de acompañamiento terapéutico a través de la historia y el campo semántico de la palabra “acompañar” y “terapéutico”:

Acompañar: (del latín, *campannis*), compañero, deriva *contubernalis*, también *contubernio* y *taberna*.

Cumpannis: eran los que se reunían, compañeros para elaborar un producto a través de la materia prima, básicamente el pan.

Contubernalis: se reunían en lugares que se llamaban tabernas para beber. El efecto de la reunión provocaba una modificación, el efecto era darles a las personas un poder superior a cuando la persona estaba sola. Aparece un elemento de importancia, “el vínculo” otorga poder. La inclusión del sufijo “a” a la palabra compañero provoca cambios:

- Diferenciación jerárquica: entre el grupo de compañeros uno tiene un rol particular, el at.
- Marca una dirección: el “a-compañamiento”, tiene un inicio, desarrollo y fin
- El a-compañante es aquel que camino junto a...
- El acompañante es una presencia comprometida...

La palabra terapéutico viene del griego (*terapeia- terapeutes*) y tiene tres significados:

- servir
- cuidar
- curar

La cura comprende un agente curador (*terapeuta*) y un elemento (el fármaco). El agente curador es el AT y el fármaco, su química son las herramientas como la palabra y los actos terapéuticos (1997, p.2).

Nora Cavagna establece una definición representativa del acompañamiento terapéutico, entendiéndolo como: “[...] un agente de salud entrenado para realizar, básicamente, una tarea de contención a pacientes crónicos y agudos, en un nivel vivencial, no interpretativo, y para el cual debe poner el cuerpo y constituir una presencia receptiva, cálida y confiable. Trabaja inserto en un equipo terapéutico interdisciplinario, siguiendo las consignas del terapeuta de cabecera. Este enfoque de mínima distancia y gran disponibilidad afectiva favorece una mayor eficiencia terapéutica” (1997, p.1).

El rol de Acompañante Terapéutico

Armenio señala que el trabajo clínico con Acompañamiento Terapéutico fue respondiendo a diferentes necesidades clínicas. El AT y su función se diseñan en relación al despliegue de la problemática subjetiva del paciente y a la estrategia terapéutica del profesional tratante. Como nos advierten G. Rossi el dispositivo se irá “precisando en relación a una estrategia determinada de tratamiento y a la singularidad del caso” (2007, p.43). De esta manera la estrategia a elaborar será variable según sea la especificidad psicoterapéutica (psicoanalítico, cognitivo, sistémico, psicofarmacológico, etc.) y las particularidades del paciente.

El at trabaja conjuntamente con un equipo interdisciplinario, se integra a la tarea del equipo terapéutico. Suele incluirse en tratamientos de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, o en situaciones donde la psicoterapia clásica desborda. Se desempeña la labor en la cotidianeidad del paciente (domicilio, barrio, bares, cines, parques, escuela, neuropsiquiátricos, etc.). Su acción se desarrolla en el territorio urbano, en el espacio-tiempo cotidiano del paciente. En términos técnicos-jurídicos, se ubicaría en la denominación de “auxiliar” dentro del campo de Salud Mental (Rossi, 2007).

También trabaja para facilitar el *lazo social*, una apuesta a facilitar *nuevas inscripciones sociales*, en tanto, lazos diferentes con su comunidad y su entorno. De este modo el AT tiende a evitar la cronificación, el aislamiento, la estigmatización y la segregación social. Es un abordaje que tiende a que el paciente continúe –dentro de lo posible- en su medio habitual y no pierda sus actividades y sus vínculos. Para ello el acompañante terapéutico se inserta en la cotidianeidad del paciente, donde se encuentre compartiendo con él “su mundo”. Es básicamente un agente que tiene como objetivos la contención y socialización. Parte desde una concepción epistemológica e ideológica que entiende que las personas aquejadas de enfermedades mentales son parte de la sociedad y su tratamiento debe realizarse, siempre que sea posible, prescindiendo del aislamiento. Contiene a través de un vínculo humano que posibilita que el sujeto no sea segregado de la trama social y relacional a la que pertenece. En síntesis, es una apuesta a la emergencia de la subjetividad a través del desarrollo de un vínculo que contemple la alteridad. (Rossi, 2007).

En³ base a sus experiencias S. Resnisky y S. Kuras de Mauer elaboran una serie de fundamentos del Acompañamiento Terapéutico que enmarcan el quehacer del dispositivo privilegiando un espacio donde el sujeto pueda desplegar su conflicto y la presunción de que el sentido de su padecimiento podrá develarse en el vínculo con otro, a partir de allí posibilita la creación de un entramado simbólico para el desgarramiento psíquico. Entre los múltiples quehaceres del acompañante terapéutico las autoras destacan la búsqueda reconstitutiva de la palabra al *sujeto avasallado*, encontrando un sentido al dolor, definido por S. Kovadloff como “el padecimiento que avasalla al sujeto y lo destituye como tal”. La tarea del at es intentar que algo del dolor se convierta en sufrimiento entendido como “la reacción del sujeto ante ese padecimiento [...]”. Así mismo, en el AT “[...] el dolor no desaparece pero el sujeto puede hacer hablar al síntoma convirtiéndose en un hacedor, un artesano de su conflicto con el que busca entablar un vínculo creador” (2005, p.24).

Plantean la idea de un psiquismo abierto, con posibilidad de transformación a lo largo de toda la vida de un sujeto. Esta capacidad de transformación podría generarse a partir de *encuentros significativos* con otro. La constitución del psiquismo del sujeto humano se inaugura a partir del encuentro con un otro que ocupa un lugar y una función primordial. Allí en el desamparo inicial del infante se inauguran marcas subjetivas. Pero dichas marcas no excluyen la posibilidad de adquirir otras nuevas y por ende, orígenes varios y múltiples subjetividades. De hecho consideran de suma importancia a la cultura en la conformación de la subjetividad y los vínculos.

Concibiendo al at como posible otro significativo las autoras consideran que el dispositivo de AT proporcionaría *encuentros significativos* convocando al paciente a “modos relacionales ya establecidos y a la posibilidad de poner en marcha un trabajo psíquico de transformación” (2005, p.27). Entramado establecido entre la repetición y la novedad entendiendo a este último a todo aquello que no hubo inscripciones previas de ese encuentro.

Por último consideran que la práctica se nutre de los aportes del paradigma de la complejidad de E. Morin (2003). Pensamiento Complejo ligado a una cierta mezcla de orden y desorden, factor de la incertidumbre, no reducido a éste. Conformado por la unidad y la diversidad, lo estable y lo transformable. Reconocen las autoras que el AT funciona de un modo afín a dicha teoría, aún en sus comienzos, cuando el pensamiento complejo no se tenía en cuenta para darle sentido a la práctica. La asociación la encuentran en la tarea de “[...] hacer trabajar una multiplicidad de elementos en colaboración y conflicto” (2005, p.30), emergiendo un proceso no

³ Los fundamentos teóricos de las autoras pertenecen al psicoanálisis vincular desarrollado en dicho apartado. Algunos de dichos conceptos están articulados con la experiencia del acompañamiento terapéutico.

determinado, abierto al azar y a la creación de la novedad. Agregan que “[...] en esta concepción los vínculos no son conexiones entre estructuras fijas preexistentes. Emergen simultáneamente con aquello que enlazan en una dinámica de auto-organización” (2005, p.31).

Las Funciones en el Acompañamiento Terapéutico

Las funciones en el AT es uno de los primeros conceptos teorizados por S. Kuras de Mauer y S. Resnizky en 1985 en la búsqueda de realizar los primeros intentos de conceptualización acerca del Acompañamiento Terapéutico, trabajo que las convocó a publicar el primer libro de dicha práctica.

En base a sus experiencias como acompañantes terapéuticas y al recorrido psicoanalítico, construyeron una aproximación teórica a lo que se definiría como “funciones del AT”. En este período lo conceptualizaron de la siguiente manera:

- Contener al paciente: el acompañante terapéutico debe ofrecerse como sostén a la manera de un “chaleco humano”, frente a la ansiedad, angustia o los miedos del paciente, como alternativa a la contención por medio de un psicofármaco u otros recursos.
- Ofrecerse como modelo de identificación: el acompañante sería el que muestra al paciente diferentes modos de actuar y reaccionar en la vida cotidiana. Tiende a romper con los modelos estereotipados de vinculación que llevaron a la enfermedad del paciente y la posibilidad de adquirir mecanismos de defensa más adaptativos por identificación.
- Prestar el yo: el acompañante terapéutico sirve como “yo auxiliar”: asume funciones que el yo del paciente no puede desarrollar, como por ejemplo organizar y cumplir con actividades cotidianas.
- Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente: tiene implicancia en la fase diagnóstica, donde el acompañante terapéutico tratará de percibir las capacidades manifiestas y latentes del paciente, sobre lo que luego se trabajará. Durante el proceso terapéutico, implicaría alentar el desarrollo de las áreas más organizadas. La canalización de las inquietudes del paciente, según las autoras, tiene por objetivos la

liberación de la capacidad creativa inhibida, y la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador

- Brindar su información para la comprensión global del paciente: por el contacto cotidiano, el acompañante terapéutico dispondría de información fidedigna del comportamiento callejero, de vínculos familiares y de amistades, de emociones, etc. Debiendo registrar, en este sentido, datos llamativos y cambios en sus vínculos significativos.
- Representar al terapeuta: con el acompañamiento terapéutico, se produce una ampliación de la acción del terapeuta, así la acción del terapeuta no se restringe al “aquí y ahora” de la sesión. El acompañante terapéutico tendría que ayudar a metabolizar y reforzar las interpretaciones realizadas por el terapeuta, creando su presencia un espacio más para la elaboración de los contenidos de psicoterapia
- Actuar como agente resocializador: se refieren a pacientes “severamente perturbados”, desconectados del mundo que los rodea, en donde la tarea del acompañante terapéutico, sería la de “paliar” la distancia que separa al paciente de “todo lo perdido”, facilitando su reencuentro en forma paulatina y dosificada
- Servir como agente catalizador de las reacciones familiares: el acompañante terapéutico puede contribuir a descomprimir y a amortiguar las relaciones del paciente con su familia, absorbiendo o mediatizando las descargas del padre o madre sobre él.

Rossi y Pulice en 1997 realizan una crítica a las funciones del acompañamiento terapéutico anteriormente mencionadas. Describen y analizan las funciones llegando a las siguientes conclusiones de cada una:

- Contener al paciente: el término les resulta ambiguo y la posibilidad de contención estaría dada por la facilidad de recursos, en cada caso, que posibiliten un freno, acotando los momentos de crisis. Determinan que no es posible que ésta sea una función del acompañante terapéutico en todos los casos.
- Brindarse como modelo de identificación: se apoyan en la teorización de Freud acerca de la identificación que describe como instancia constitutiva del sujeto y no como un recurso terapéutico.
- Prestar el yo: relacionada con la anterior crítica, acuerdan que es una terminología que presta a la confusión.
- Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente: consideran que en todo caso el acompañante terapéutico debería atender “qué” capacidades o intereses

manifiesta el paciente antes que atender a la ¿capacidad creativa? Argumentan nuevamente que no en todos los casos y momentos un paciente puede manifestar intereses o desarrollar “capacidades” por lo que reforzarlo en esa dirección podría ser intrusivo o contraproducente. Sin embargo, reconocen que en algunos casos puede haber intereses artísticos donde el acompañante terapéutico puede ser un recurso privilegiado.

- Brindar información para la comprensión global del paciente: los autores relativizan lo “fidedigno” de la información que dispone el acompañante terapéutico.
- Representar al terapeuta: fuertemente en desacuerdo consideran Pulice y Rossi que la interpretación es singular del discurso del sujeto-terapeuta, propio del dispositivo analítico y a la particularidad del vínculo analítico. De este modo para ellos no habría posibilidad de transferir, representar ni reforzar lo que allí sucede
- Actuar como agente resocializador: consideran que esto ubica al acompañante terapéutico en un lugar imposible, que sería sostener la ilusión de que lo que el paciente ha perdido, como si se tratara de un objeto asequible, podría recuperarlo en forma paulatina y dosificada con la ayuda del acompañante terapéutico. Además, supone un estado de socialización anterior y una salida temporal del sujeto de lo “social”.
- Servir como agente catalizador de las relaciones familiares: en base a su experiencia los autores reflexionan que es conveniente que el acompañante terapéutico remita todo posible intento de trasgredir el encuadre por parte de algún miembro de la familia, al espacio terapéutico desde donde se dirige el tratamiento. El terapeuta es el encargado de “amortiguar y descomprimir” las relaciones familiares.

Rossi y Pulice rescatan que el texto “no sólo tienen un valor histórico, por ser uno de los primeros intentos de conceptualizar la función del acompañante terapéutico, sino que en algunas instituciones tienen vigencia en la práctica cotidiana en la actualidad” (1997, p.28).

En base a la práctica clínica los autores elaboran una propuesta de trabajo en función de la dirección de un tratamiento. Su criterio, se basa en que la función del acompañante terapéutico en un tratamiento no se puede *definir a priori*, es decir, dar una definición generalizada y aislada, sin relación a una práctica, a un encuadre, al tratamiento, como algo generalizable y estereotipado. “La función del acompañante terapéutico sólo puede definirse en relación a una estrategia de un tratamiento, y se irá precisando, delineando, en relación a éste y a las particularidades de cada caso” (1997, p.20). La estrategia se construye en función de la singularidad del sujeto, lo que priva establecer un saber previo del lado del acompañante terapéutico acerca de lo que le pasa al paciente.

Esto lleva a la pregunta acerca de la formación del acompañante terapéutico. Los autores formulan que el acompañante terapéutico no debe poseer un saber previo para acceder, acerca de lo que le sucede al sujeto en tratamiento, a partir del encasillamiento dentro de una categoría nosográfica predeterminada. Esta “ignorancia”, necesaria en el punto de partida de la intervención, tiene sus límites, tales como:

- En la estrategia en que se inscribe: no la debe ignorar, en el dispositivo que formara parte a partir de la demanda del terapeuta o la institución que lo convoca.
- Por la inmediatez de las respuestas requeridas en la práctica, muchas veces desde el inicio mismo de su intervención.

Por último S. Kuras de Mauer y S. Resnizky en el año 2005 actualizaron el libro de Acompañantes Terapéuticos de la década del 80. Dentro de las variadas reformulaciones, introdujeron cambios en el capítulo que comunican las funciones del acompañante terapéutico. Se describirán a continuación:

- Contener al paciente: La contención es fundamental y constituye la primera función del at, cualquiera sea el momento del proceso en que se hallen los pacientes. Se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo. Acompaña y ampara al paciente en su desvalimiento, angustias, miedos e incluso en los momentos de mayor equilibrio. Las autoras se apoyan en el concepto de “holding” de Winnicott, el de “escucha invistente” de Piera Alagnier y las “envolturas psíquicas” de Didier Anzieu para la construcción del concepto de contención.
- Ofrecerse como referente: Mas allá de las vicisitudes transferenciales que se tejan en cada vínculo ínter-subjetivo, el acompañante terapéutico es para su paciente un “referente”, incluyéndose como tercero. Posicionándose el acompañante terapéutico a la manera de organizador psíquico que lo ayuda a regularse. La nominación “modelo de identificación” antes planteada podría prestarse a equívocos ideológicos, donde la idea de “ejemplaridad” desvirtúa el sentido de alternativas que las autoras quisieron transmitir en aquel momento
- Ayudar a “reinvertir”: el acompañante terapéutico asume, por momentos, funciones que el “yo del paciente“, por estar comprometido y debilitado por la enfermedad no puede desarrollar. El acompañante terapéutico se ofrece a la manera de “organizador psíquico” capaz de intervenir operativamente y decidir por el paciente en aquellos órdenes donde este aun no es capaz de hacerlo por sí mismo.

- Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente: a lo largo del proceso terapéutico alentar el desarrollo de las áreas más organizadas de la personalidad del paciente en desmedro de los aspectos más desajustados. Tiene un doble objetivo: libera la capacidad creativa inhibida y tiende a la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador. Proponer y ayudar a investir tareas acordes con los intereses del paciente, se lo ayuda a reencontrarse con la realidad y se promueve y refuerza en él la noción de proceso.
- Aportar una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente: Al tener un contacto cotidiano con el paciente, el at dispone de información ampliada sobre su modo de transitar en diversos ámbitos, por ejemplo: la familia, los amigos, las emociones que lo dominan, conductas llamativas. Permite una mirada integral del paciente, sirve como indicador diagnóstico y pronóstico de apreciable valor. Todo ello contribuye a una mejor evaluación al momento de trazar una estrategia clínica.
- Habilitar un espacio para pensar: Si bien el acompañante terapéutico no formula interpretaciones de formaciones inconscientes de su paciente, en muchos sentidos resulta ser “su intérprete”. El espacio discursivo que se habilita en el vínculo, ensancha las fronteras del intercambio comunicativo del paciente. Es un espacio más de procesamiento y metabolización.
- Orientar en el espacio social: El paciente perturbado psíquicamente sufre una desconexión del mundo que lo rodea, del espacio social que no domina. El at tendrá por función paliar esta distancia facilitándole el reencuentro, en forma paulatina y dosificada, con algo de lo que perdió.
- Intervenir en la trama familiar: El acompañante terapéutico puede contribuir a descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia.

Modalidades de Acompañamiento Terapéutico

Se expondrá un esquema propuesto por G. Rossi y G. Pulice acerca de las modalidades frecuentemente efectuadas en el acompañamiento terapéutico.

- AT dentro de un dispositivo institucional: tiene la particularidad de que el AT es solicitado por la institución o un terapeuta. Se subdivide en:

1. El AT en internación: suele darse en clínicas psiquiátricas, se realiza durante las 24 hs. La demanda es frecuente por crisis graves, pacientes con riesgo suicida o momentos de desborde psicóticos. Se trabaja en equipo, con turnos de 6 a 8 horas. Es fundamental el rol de coordinador que tiene como función organizar el acompañamiento en cuestiones del encuadre y en la orientación en el modo de intervenir. Las actividades que realizan los ats son muy variadas. Desde actividades recreativas, socialización, de diálogos. Para S. Kuras de Mauer y S. Resnizky (2005) aquí el objetivo es doble. Por un lado, ayudar al paciente a integrarse a la comunidad que lo aloja. Por otro, posibilitar que los ats se conviertan en nexos con el afuera
2. AT sólo por algunas horas: suelen efectuarse consignas específicas sobre algún aspecto del tratamiento. Como salidas recreativas o sociales. Ingresa el acompañamiento con la finalidad de salidas de la institución, concurrir a un médico, odontólogo, hacer compras, etc. Está centrado en los traslados desde o hacia la institución. Se solicita el dispositivo para pacientes que necesitan realizar tratamientos en Clínicas de Día, pacientes que presentan dificultades de autovalimiento en la vía pública, desorientación temporo-especial.
3. Visitas a la familia: suele solicitarse en casos de una gran conflictiva familiar. Con pacientes a los que esta situación les resulta poco tolerable.
4. AT en el proceso de externación: también suele indicarse para el paso de una instancia de tratamiento a otra, por ejemplo el pasaje de la internación al hospital de Día, viviendo a su vez en su casa. El objetivo es sostener el proceso de cambio, reincorporación a la cotidianeidad, retorno al ambiente familiar, etc. El trabajo puede darse por momentos en la institución o por momentos en el ámbito de externación.
5. AT con grupo de pacientes: es la modalidad menos frecuente. S. Kuras de Mauer y S. Resnizky (2005) afirman que esta modalidad es viable para algunas patologías y determinadas actividades. resaltan el mantener vivos los vínculos con otros y el derecho de pertenecer a un grupo. Describen una serie de criterios e indicaciones que contraindicarían esta modalidad, tales como:
 1. Edades muy dispersas
 2. Patologías que potencien el acting-out e impidan un funcionamiento grupal.

3. Falta de algún factor común en los intereses o afinidades que trabaje el rendimiento grupal.
- AT sin un encuadre institucional.
1. AT en una internación domiciliaria: se cubren todas – o la mayoría- de las horas del día con un grupo rotativo de acompañantes. S. Kuras de Mauer y S. Resnizky opinan que es una modalidad interesante cuando se puede montar una estructura que haga de soporte del paciente durante un tiempo. Es clave la organización y sincronización, para ello resulta indispensable el rol del coordinador. Tiene como objetivo evitar la internación y suele utilizarse para pacientes en riesgo auto o heteroagresivos, desintoxicaciones u otras crisis (2005, p???).
 2. AT por algunas horas: el acompañamiento se desarrolla fuera de la institución. Suele incluirse cuando el tratamiento con el terapeuta no es suficiente para sostener a un sujeto en su cotidianeidad, o en sus actividades diarias. S. Kuras de Mauer y S. Resnizky lo clasifican dicha modalidad como *pacientes ambulatorios* y recalcan las reuniones de equipo como eje central para evaluar e intercambiar información y pautar tareas del AT. la labor fundamental del at según las autoras sería ayudar al paciente a planificar e instrumentar un organigrama de su tiempo. Otra tarea es trabajar con los vínculos del paciente (familia, pares, desconocidos) (2005, p.???).
 3. Familia sustituta: esta es una modalidad planteada por S. Kuras de Mauer y S. Resnizky. La definen como aquella que realiza una experiencia terapéutica de convivencia transitoria con un paciente. Suele recomendarse en momentos de externación para evitar el retorno brusco al grupo familiar originario, o como puente entre la institución y su futuro entorno. Es una modalidad muy poco frecuente (2005, p.???)

En todas las modalidades lo óptimo es que el acompañante terapéutico trabaje junto a equipo terapéutico conformado por un terapeuta de cabecera (psicólogo, psiquiatra) un coordinador (dentro del equipo de acompañantes terapéuticos) y los acompañantes terapéuticos.

El Encuadre en el Acompañamiento Terapéutico

Las constantes fijadas dentro del dispositivo de acompañamiento terapéutico se detallará a continuación:

1. El Rol: en el at debe ser aclarado y pautado en su especificidad tanto al paciente, su familia y a todas aquellas personas que integren la estrategia de trabajo, como por ejemplo médicos, maestros, etc. Se pone en palabras el quehacer del at y se diferencia de otras funciones como la de un amigo, voluntario, asistente, enfermero, etc.

2. Espacio: en el AT el espacio es un lugar a construir ya que no está pautado de antemano como en el caso del consultorio del terapeuta.

3. Horarios: es fundamental pautar con claridad y consenso la frecuencia y duración de los encuentros; es decir qué días y a qué hora se realizan los encuentros. Cuando hay más de un at es importante que todos manejen la misma información y haya claridad en la pauta del tiempo, de esta manera no se favorece que se produzcan malos entendidos y malestares entre los ats. La familia también debe estar informada de cuáles serán los días y horarios de acompañamiento

4. Honorarios: cuánto se paga por cada encuentro, a quién y cuándo es importante aclararlo desde el principio. Se define, además quién pagara, ya sea el paciente o la familia. Con respecto a quién se le va a pagar también se pauta, ya que puede ser directamente al acompañante, al terapeuta o el coordinador. Cuando se realizan salidas y paseos se pauta quien absorberá los gastos que se produzcan y de qué manera. Dependiendo de la estrategia, a veces el at lleva el dinero y al regreso se rinden cuentas, o es el mismo paciente quien realiza los pagos.

5. Por último se pautan las interrupciones regladas, vacaciones, imprevistos, modalidades a tomar frente a las llegadas tardes, ausencias. Depende de cada caso, pero una vez acordado, se sostiene en el tiempo.

El encuadre es pautado a través de un contrato, en el cual todas estas variables son acordadas y consensuadas, tanto con el paciente como con la familia en caso de ser necesario.

Como señala L. Frank es una herramienta fundamental para el dispositivo de acompañamiento terapéutico que se convierte en un recurso *amparador de su estructura*, protege de la arbitrariedad, del deseo, de la buena voluntad, de los embates de la transferencia y la contratransferencia; imprime una condición de respeto por el otro, por la subjetividad y el proceso terapéutico.

Cuando ya se ha acordado el encuadre y presta su función “marcará el contexto en el que desarrollará el vínculo, es de esperar que se vuelva invisible”. Se haría visible sólo cuando se rompe. No sólo se invisibiliza sino que también el encuadre es mudo; sólo habla cuando se rompe, en dicha ruptura se expresan datos de lo que sucede en el vínculo, como por ejemplo un acting out, como resistencia, como síntoma que ha de ser revelado. Cuando el encuadre se mantiene estable es indicio de que se instauraron las condiciones para que se desarrolle el proceso (Frank, 2008, p.3).

S. Kuras de Mauer y S. Resnizky rescatan el empleo de la consigna inicial como elemento ordenador indispensable para una relación que comienza. Dicha intervención formaría parte de la instauración del encuadre dado para que la tarea pueda desarrollarse en las mejores condiciones posibles. La consigna inicial ubica al at y al paciente frente a un objetivo común y contribuiría a evitar ambigüedades respecto de la función que convoca al acompañante como agente terapéutico (2005, p.68).

Por otro lado las autoras hacen hincapié en el acuerdo laboral entendido como un convenio que el acompañante terapéutico realiza con quienes requieren su servicio. Aquí se verbalizan el rol, los horarios, espacios donde se desarrollara y los honorarios. Las autoras llaman la atención en que el at debe saber que el encuadre será laxo dado que las condiciones del mismo se irán modificando en consonancia con la evolución del tratamiento.

G. Rossi se pregunta cómo pensar el encuadre de acompañamiento terapéutico dada su diversidad y sus numerosas variables como, los contextos físicos, los escenarios y personas que cambian el entorno. Acuerda con los autores anteriormente citados en entender al encuadre como establecimiento de un conjunto de reglas explicitadas en la consigna del caso. Incluye además de las variables antes mencionadas:

- “Lo autorizado” desde el terapeuta a cargo.
- Pautar de antemano eventuales situaciones de urgencia o de riesgo
- En casos pertinentes, se intenta que el paciente participe en el establecimiento de algunas coordenadas y en sus variaciones.
- El contrato del dispositivo de AT puede ser realizado por el at, el coordinador, terapeuta, la institución, o varios en conjunto, con la familia y el paciente (2007, p.54).

El autor toma un texto dedicado a la atención en salud mental en situaciones de catástrofe para pensar la temática del AT. El autor del texto, M. Benyakar define al encuadre (en situaciones de catástrofes) en un sentido estable y coherente, indicando que tiene que “ser flexible y servir de espacio transicional en el sentido psicológico, personal e interpersonal”. Debe conjugarse

elasticidad con condiciones de estabilidad y continuidad requeridas. A la vez que, aclara que toda actividad “era usada como ocasión para proveer contención. Los encuentros no eran tomados como sesiones de psicoterapia, ni conducidos de acuerdo a las prácticas terapéuticas habituales” (2007, p.51).

El texto de Benyacar según G. Rossi deja una enseñanza para determinadas situaciones de AT. Por un lado expresa, echa luz para las intervenciones en momentos de crisis de un paciente. Por otro lado, es sumamente útil la noción de una actividad entendida como contención. Una actividad-encuadre dado que en AT existen situaciones donde la actividad misma es parte de una estrategia tendiente a la contención y hace al encuadre.

El trabajo multidisciplinario del Acompañamiento Terapéutico

A propósito de los dispositivos múltiples como requerimiento dentro de la formación teórico-práctica en el acompañamiento terapéutico Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky destacan como rasgo definitorio de la profesión la dimensión intersubjetiva donde se instaura una responsabilidad ética y un posicionamiento profesional. El at requiere una vocación asistencial altamente comprometida tanto con los pacientes como con el equipo al que formen parte. Destacan principios del at como la madurez en compartir y planificar en equipos multidisciplinarios conjuntamente con la capacidad de autonomía y sentido de la oportunidad para asistir a pacientes graves (2005, p.21).

En los abordajes múltiples se combinan intervenciones, donde se enriquecen sin necesariamente recubrirse o yuxtaponerse. Las autoras indican que los dispositivos múltiples, es una construcción conjunta del equipo-paciente, donde el vínculo es el que va haciendo aparecer las distintas figuras del dispositivo, desde esta perspectiva las autoras proponen la variación de los dispositivos como variación en la producciones de subjetividad. Las autoras señalan que lo múltiple tiene un doble sentido: en relación al múltiple sujeto de la enfermedad y desde las múltiples formas de abordarlo. Indican que el abordaje múltiple lo realiza un equipo terapéutico que desempeña diferentes funciones en distintas áreas. El equipo funciona como red terapéutica y por eso la relación entre sus miembros tiene enormes significación en el curso del proceso terapéutico. A su vez, las funciones y responsabilidades de los miembros son interdependiente pero no simétricas.

Por último, S. Kuras de Mauer y S. Resnizky concluyen definiendo las bases necesarias para identificar un equipo terapéutico: “Para que exista un equipo psicoterapéutico es necesario que por lo menos dos personas se ocupen de un paciente o –más exactamente- del paciente y de su entorno, comunicándose con regularidad constante y confiable. Además esta comunicación intraequipo debe ser conocida por el paciente y su familia” (2005, p.29).

F. Sauri describe una serie de momentos que atraviesa el at a la hora de conformar un equipo. Toma como primer momento el conocimiento mutuo entre los actores que conforman el equipo. En un segundo momento dado por cierta fascinación ya sea por el paciente o por los profesionales, lo describe como una especie de idilio o de un amor incondicional que con el tiempo se desgasta. En este momento dichos sentimientos pueden transformarse en una rivalidad con perjuicios para el paciente, considerándolo como un tercer tiempo. Esto implica un trabajo, que consiste en que el equipo verbalice las cuestiones que generan rivalidad entre ellos. Si no se llega a un entendimiento, argumenta el autor, que suele suceder que el equipo cambia de profesionales o se renuncia al tratamiento.

Considera tres cualidades necesarias para trabajar en equipo:

- La fidelidad: referido a depositar confianza en el otro.
- La lealtad: considerado como el espíritu sincero de colaboración.
- La tolerancia: descrito como la aceptación de las divergencias.

El autor propone reuniones de equipo a modo de supervisión y de estrategia. Recomienda una reunión quincenal para que el equipo terapéutico sea eficaz. El objetivo principal es detectar a través de los múltiples relatos de lo que ha ocurrido, las dificultades que se presentan en relación al acompañamiento terapéutico. Alguien del grupo asume la función de coordinación donde focaliza el discurso del grupo, organizando aquello competente a la estrategia y aquello que se distingue como supervisión y se encarga de señalar el encuadre de trabajo. Describe las modalidades de reunirse de la siguiente manera:

- Reuniones de supervisión: se trata de observar aquellas cuestiones personales que resuenan en relación al paciente y cuando el equipo ha madurado mucho se observa que le pasa a cada uno en relación a sí mismos. Suele ser infrecuente que un equipo de trabajo lleguen a un nivel de revisar procesos internos.

- Reuniones de estrategia: la estructura y las funciones son iguales al anterior, lo que se modifica es el tema, se centraliza en el paciente. Se dialoga acerca de qué se va a hacer con el paciente. Se confeccionan hipótesis de trabajo, de conflicto.

Por último F. Sauri considera que si él o los acompañantes terapéuticos supervisan por fuera puede traer complicaciones al equipo terapéutico. Como por ejemplo conflictos de rivalidad, o suele suceder que se produzcan pautas diferentes entre un grupo (at-equipo) y otro (at-supervisor). De este modo desestima dicha modalidad (1997, pp.7-10).

Según Rossi el AT complementa la tarea del profesional/es tratante. El at se integra al equipo terapéutico, apoyándose en intervenciones en relación a la contención del paciente y su familia. Esta complementación no refiere a lograr una intervención “completa” en el sentido de perfección, sino más bien, el recurso de AT intenta armar redes, conectar intervenciones, sostener continuidades, nunca completas, aunque sean complementarias.

Propone una modalidad de trabajo distinto al planteamiento dado por F. Sauri. El autor se centra en la construcción de un *equipo de AT*, que estaría conformado por un coordinador encargado de la recepción y evaluación del pedido de AT y los ats. El coordinador tendría una función de terceridad donde resguarda la figura del at ante eventuales demandas conflictivas del entorno familiar de un paciente. Marca cierta *legalidad* más allá del entre-dos; entre las familias –sus demandas y manejos- y los ats. De este modo si el pedido es realizado por el terapeuta (puede darse la demanda de AT por parte de la familia y con muy poca frecuencia se establece por parte del paciente), se comienza un trabajo en conjunto entre el equipo de AT y el terapeuta. Además de evaluar el pedido, se trazan las modalidades del AT, los objetivos, ciertas estrategias. Luego se realizaría el seguimiento y posibles cambios de dirección de la actividad. Si el pedido surge directamente por parte de la familia, sin el consentimiento de un terapeuta a cargo, suele tener consecuencias negativas. En esta manera se analizaría la demanda de AT entendida como una indicación si es realizada por un profesional y en otro sentido se pensaría si la demanda es una forma de nombrar los pedidos cotidianos que el paciente y la familia hacen en el vínculo con el at, durante su tarea (2007, p.70).

G. Rossi toma una cita de Gustavo Castañón para describir el abordaje del equipo de AT:

“Trabajar con un equipo de acompañantes tiene la ventaja de que ésta función de acompañamiento y de sostén no repose en las características individuales de una persona, lo que garantiza su continuidad a lo largo del tiempo y de una multiplicidad de recursos para sobrellevar los eventuales inconvenientes o imprevistos” (2007, p.75).

Cuando hay un solo at en el caso dependiendo de la gravedad del paciente, la cantidad de horas y la frecuencia de AT suele tener como desenlace una excesiva carga a costo del at.

Por dichos motivos el equipo de at suele considerar utilizar un equipo de varios acompañantes terapéuticos. Esto tiene sus particularidades, tales como:

- 1) Permite que el paciente transfiera en algunos acompañantes “contenidos de difícil procesamiento” planteándose cierta “disociación” transitoria en la transferencia.
- 2) El coordinador tiene otra función. Realizar un seguimiento de aquello que sucede en los distintos vínculos, conectar los “espacios diferenciados” con cada acompañante de un mismo AT.
- 3) Se plantean los objetivos para cada etapa del AT y la “adaptación” necesaria que tendrá que hacer cada at para su situación de AT. cada at tiene una decisión y posición diferente, lo cual debe ser trabajado en el equipo en función de la táctica del momento, ante el vínculo con el paciente y la familia y ante posibles situaciones imprevistas.

El acompañamiento terapéutico y su relación con la familia del paciente

El trabajo de AT con un paciente, es un trabajo en situación y de allí se configura el dispositivo. No se aborda una sola persona, es un conjunto y por ello la pertinencia del término: situación. Este concepto permite analizar la inter-relación que se va dando entre el at y la familia, las intervenciones y las consecuencias de la inclusión en relación a la dinámica familiar. También incluye otro tipo de vínculos como las amistades, los ámbitos sociales de desenvolvimiento y las circunstancias en que se inscribe el paciente (Rossi, 2007).

El AT al tener una interacción con la familia, lleva a preguntarse ¿Cuál es el sujeto del acompañamiento? Una primera respuesta podría ser que en ciertas circunstancias el AT puede tener incidencia directa o indirectamente en la contención de ansiedades y temores familiares. Por ello al ubicarlo al AT en situación, a veces dentro de lo que se podría denominar el sujeto-paciente se incluye, temporalmente a un miembro de la familia (padre, madre, hermano), teniendo en cuenta el at el ánimo del paciente y el clima familiar, las ansiedades particulares de cada miembro, dado que tienen consecuencias en el sujeto-paciente (Rossi, 2007).

Podrían clasificarse las familias en *desentendidas* con las que puede no contarse y demasiado, y *entendidas* como la dinámica anterior. Otra categoría la denomina familias desatendidas a la cual si no se les da lugar a un proyecto terapéutico, vas a aparecer haciendo ruido y a veces obstaculizando del trabajo de AT (Rossi, 2007).

Por último, G. Rossi considera al AT como “una vía para dar algún lugar al trabajo con esa configuración singular de una familia, en la medida que interviene como otro extra-familiar; que pone su oído, que puede hacer de mediador en la cotidianeidad, con su presencia y su palabra entre la familia y el paciente” (2007, p.75). Cada intervención debe plantearse en consonancia con el tratamiento, si el at queda por sí solo a cargo de estas situaciones, sin que terapeuta lo trabaje, el lugar de mediador del at podría tornarse inmanejable.

S. Kuras de Mauer y S. Resnizky afirman que cuando un at se introduce en el tratamiento, al comienzo la familia acepta con cierto alivio su presencia ya que siente imposibilidad de contener al paciente. A medida que transcurre el tiempo, superada alguna crisis, la familia suele tener resistencias al tratamiento y a la presencia del at. Una manifestación que se encuentra como forma de resistencia es el interés a hacer del paciente el depositario único de los conflictos familiares y a su vez a colocarlo en manos del equipo, desentendiéndose. El at como representante del equipo más cercano a la familia sufre los embates de dicha cuestión. Las autoras recomiendan que el modo de intervenir del at, es observar la situación, informar al equipo de tratamiento y catalizar las ansiedades del grupo familiar en la medida de sus posibilidades.

Explicitan que la presencia del at ante el grupo familiar suele ser a su vez, intrusiva. La familia puede sentirse examinada, invadida o espiada en su ámbito natural. Puede modificarse el modo de interacción del grupo ante la presencia del at mostrando sólo comportamientos apropiados, defensa que, con el tiempo suele ceder para dar lugar a la interacción habitual. También describen que la familia puede responsabilizar al at por conductas desajustadas del paciente. La familia suele presionar al paciente en base a sus expectativas, negando las limitaciones y su enfermedad.

Por último, S. Kuras de Mauer y S. Resnizky señalan que “frente a familias fragmentadas, con ideales puestos en cuestión, desorientación identificatoria, déficit en la paternalidad, vacilación en los padres, el Acompañamiento Terapéutico actuará como sostén. Será una presencia terapéutica en tanto tenga función de soporte. A veces hasta podrá colaborar en la “fundación” de un lugar allí donde “no hubo”, o donde algo que había se rompió” (1985, p.145-147.)

La Transferencia en el Acompañamiento Terapéutico

La transferencia es un concepto acuñado por S. Freud definido como “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida entre ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica”. Se trataría de una “[...] repetición de prototipos infantiles, vivida en un marcado sentimiento de actualidad”. La transferencia “[...] se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia” (Laplanche y Pontalis, 2005, p.439).

Freud diferencia una transferencia positiva de una negativa. La primera caracterizada por sentimientos tiernos o amistosos, remonta a fuentes eróticas, y la segunda descrita por sentimientos hostiles hacia el objeto. Aclara que “la transferencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia de la cura cuando es una transferencia negativa o una positiva de mociones eróticas reprimidas” (1912, p.103). Si se cancela y cobra conciencia, el paciente desase del médico esos dos componentes del acto de sentimiento. El otro componente de transferencia positiva de mociones tiernas es el portador del éxito en el tratamiento.

El acompañamiento terapéutico es un modo especial de relación donde la transferencia tiene sus propias características y sus modos de trabajarla en tratamiento.

En primer lugar, se considera importante el concepto de abstinencia en el acompañamiento terapéutico. Dicho concepto podría definirse desde el psicoanálisis de Freud como la abstinencia por parte del analista refiriéndose a “no permitir satisfacciones sustitutivas a los síntomas, no satisfacer la demanda” (Chayan, 2003, p.1).

Dentro del acompañamiento terapéutico K. Chayan tiene en cuenta que el encuadre de trabajo es cambiante, en principio, en el espacio compartido entre at-paciente. Los espacios tienen una característica en común, se dan *por fuera del consultorio*. Esta variable modifica la abstinencia pensada desde el clasismo psicoanalítico. A su vez, argumenta que el at no podría abstenerse en los mismos términos que el analista dado que también las actividades compartidas como tomar mates, salir a caminar, comer, son variables que modifican el modo de interacción. Esto implicaría mayor exposición subjetiva por parte del at. El ingreso del at a la vida cotidiana del paciente hace que se vuelva complicado sostener la negativa de contestar cuestiones propias y cotidianas por parte del at. Dado que provocaría un efecto negativo, un sentimiento de que el otro es un extraño.

La transferencia en el AT es muy distinta al dispositivo psicoanalítico, K. Chayan la define como una *transferencia salvaje* dado que el paciente conoce mucho más sobre su acompañante. Por lo tanto el concepto de abstinencia en la práctica cotidiana del AT se modifica. Ya no se trata de “no permitir satisfacciones sustitutivas”, sino más bien, “aplastar con su propio deseo la posibilidad de descubrir, correr el velo acerca de qué desea el paciente” (2003, p.3).

Esta forma de entender la abstinencia, para la autora, tiene algunas complicaciones, como:

- A veces es difícil descubrir qué desea el paciente: desaparece detrás del deseo del otro. Estar al servicio del deseo de la madre.
- Algunos pacientes graves al dejarlos a una libre elección genera mayor aislamiento y mutismo.

Cuando surgen este tipo de dificultades el at tiene como acción “no abstenerse de desear que el paciente desee algo [...]”. Por último considera que el at no se abstiene cuando el deseo del paciente es “[...] salirse de la escena del mundo, más que un deseo un acto. Vale un grito, sostener al paciente agarrarlo o simplemente decirle que uno no dejará que lo haga” (2003, p.4).

G. Pulice reflexiona acerca de la transferencia en el acompañamiento terapéutico. Analiza una modalidad vincular que se configura frecuentemente en el campo; a saber: *la amistad*. Argumenta que es habitual que el paciente ubique en este lugar al at. Señala ciertas variables que podrían favorecer este modo de vinculación:

- Las numerosas horas compartidas por el at y el paciente.
- Por el tipo de actividades: charlas, caminatas, juegos, salidas al cine, bares.

Dichas características centradas en el tiempo y el espacio posibilita un escenario propicio para que se generen en el paciente ciertos sentimientos de amistad. A su vez el autor reflexiona sobre cuáles son los obstáculos para realizar intervenciones eficaces del at y cuáles serían aquellas que favorecen el trabajo.

Con respecto a las características del vínculo amistoso que favorecería la labor, describe las siguientes circunstancias:

- El at se ubicaría necesariamente en un lugar distinto al del terapeuta o psicoanalista. Su eficacia radica en ubicarse prevalentemente como semejante, a diferencia de la disparidad esencial en análisis. Esto permite que el paciente deposite confianza en el at, que sería decisivo para dar algún paso al reordenamiento de sus relaciones con el mundo.

- El efecto bálsamo: lo produce la presencia de un semejante, de alguien que pueda brindarse simplemente al diálogo, o estar allí, en un momento donde el sujeto se encuentra desbordado por su angustia o en una situación de crisis. La sola presencia genera una substancial sensación de alivio, permitiendo que este malestar pueda tener por la vía de la palabra, alguna tramitación.

Los obstáculos que pueden presentarse ante la problemática de la amistad son los siguientes:

- Si el at responde desde el lugar de un amigo, es decir, que no solamente sostenga el lugar de semejante sino que, él mismo responda desde el lugar de la amistad; esto traería como consecuencia que se desdibujen los límites indispensables para operar eficazmente desde la función específica. Suelen producirse en el ámbito del manejo del dinero y de los horarios. El borramiento de límites suele tener como consecuencia el pasaje a un plano de rivalidad difícilmente manejable.
- El paciente puede reaccionar con maniobras inconscientes ante el dispositivo tendientes al resquebrajamiento; podría leerse como una “resistencia a la curación” y frente a ello la tarea del at consiste en remitir toda “demanda extraña” al terapeuta, como instancia de tratamiento donde se pueda hacer una lectura más precisa y una intervención apropiada, por encima de toda rivalidad especular.

El autor determina por un lado, que el acompañante no está siempre situado como un amigo y por otro lado, es necesario que el acompañante tenga en claro sus límites, en tanto que su posición está enmarcada en una estrategia. Es decir, el at no se ofrece como modelo al que el sujeto deba identificarse para alcanzar la curación (2004, pp.1-5).

G. Rossi afirma que la presencia de otro en la cotidianeidad del paciente cobra una connotación especial. El at sostiene un lugar de *semejante*, que en primer lugar ofrece su presencia, un *estar* allí, que se inscribe en un universo simbólico que implica también prestar la escucha y estar dispuesto al diálogo. No solo el lugar de semejante se asocia con la primera denominación de AT como *amigo calificado*, sino también porque *lo amistoso* se presenta por las particularidades del lugar que ocupa el at, del tipo de vínculo. Concluye que “si el at en la práctica se aleja demasiado de ese lugar de semejante, tomando una distancia que lo lleva a operar desde un lugar de *autoridad*, demasiado asimétrico [...] puede perderse la posibilidad de algún tipo de medida común con aquel que acompaña, obstaculizándose el vínculo” (2007, p.109). Asevera que prestarse a una relación de semejanza es algo que *liga* al sujeto humano.

El mismo autor resalta una reflexión de C. Glasman (1996) acerca del trabajo con las psicosis donde la cosa se presenta tan real e imposible de soportar y la amistad sería el modo de sostén imaginario que haría factible el trabajo del diálogo. También plantea una diferencia entre la figura del semejante y la del prójimo pensadas en el AT ya sea a predominancia de una o en convergencia. Los define del siguiente modo:

- “el semejante es 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” (pág. 111).
- El prójimo tendría mayor proximidad al anterior.

Una situación problemática del AT esta dada por la simetría del semejante generando la posibilidad de quedar ubicado en el lugar de amigo, estableciéndose dificultades cuando aparece alguna tensión, ya sea al pautar determinada actividad o poner algún limite. En dichas situaciones hace falta un tercero que apacigüe y ratifique el encuadre, que suele ser el coordinador o terapeuta del equipo. Concluye que si bien para el paciente el at *parece un amigo*, no lo es. A su vez, hace una diferencia entre el analista y el AT en relación a la técnica de la transferencia, donde en la técnica psicoanalítica el paciente no está cara a cara con el paciente como intento de borrar todo lo que tenga que ver con una relación dual, de semejante a semejante. En la técnica del AT al ser una presencia cercana no está hecha la técnica para borrar la dualidad, sino que precisamente algo de la *proximidad* se sostiene y se regula acorde a la situación. Esto lleva a pensar que “aunque el at sabe que no debe quedar atrapado en el espejismo imaginario, que el sujeto se dirige a alguien más que al semejante, que si es llevado al lugar de amigo es en el lugar del semblante, como contrapartida tampoco puede alejarse demasiado de aquél que acompaña” (2007, pp.111-113). Concluye en que este es el punto artesanal del at.

La contratransferencia en el Acompañamiento Terapéutico

A. Tarí García y L. Dozza de Mendonca reflexionan que el hecho de considerar a un paciente como crónico, puede ser considerado ya como un indicador de intensos sentimientos contratransferenciales. Consideran característico los fenómenos de segregación del miembro enfermo descrito por Pichón Riviere y subrayan que manejar a ultranza dicho concepto podría establecer a nivel teórico y práctico una alianza con el paciente en contra de la familia. Por eso al analizar el lazo que establece el paciente crónico y su familia, se intenta eliminar los vínculos sentimentales, tiernos y afectuosos actuado como conducta defensiva frente al conflicto vincular crónico. Otro peligro suscita recrear el conflicto, la manera de manejarlo y la solución, es decir, recrear la segregación y el abandono dentro del dispositivo asistencial.

Los autores recalcan que los sentimientos contratransferenciales más frecuentes con la ira, el miedo, la impotencia y la confusión frente a determinadas conductas del paciente. Y dentro del universo psicótico, despierta sentimientos de invasión, el no poseer espacio propio, de ser parasitado, sentimiento de vacío, de ser vaciado de contenidos mentales, de no poder guardar nada bueno y creador y el sentimiento de inanidad y de no sentido. Señalan que el contacto con pacientes psicóticos despierta e intensifica las ansiedades psicóticas del profesional. Especialmente intensas en quienes trabajan en la cotidianeidad del paciente e intervienen en el contexto socio-comunitario, debido a no tener la protección del setting psiquiátrico (norma, rituales, apoyo de equipo, tratamientos físicos y medicamentosos, chaleco de fuerza, etc.) (1995, pp.1-2)

Los profesionales encargados de la rehabilitación y reinserción social, pueden ocupar en el equipo un lugar análogo al del psicótico en la familia. Por un lado pueden ser vistos como héroes, albergando esperanza de llevar a cabo el proyecto de liberación del loco (el loco es visto como esperanza de salvación de la estructura familiar). Por otro lado, pueden ser colocados en un lugar que no les permita pensar, al no tener un setting y teoría clara y por lo tanto no pueden establecer un encuadre para pensar la transferencia y la contratransferencia. Por último, consideran los autores fundamental que las ansiedades psicóticas del profesional pueden ser el motor de su trabajo, así como la materia prima que el posibilita establecer una comunicación auténtica con el paciente. Sin embargo si no son cuidadas (por medio de supervisiones, análisis personal, reuniones de equipo) estas ansiedades generan determinadas conductas defensivas que en la práctica se manifiestan bajo determinados estereotipos asistenciales en la rehabilitación y reinserción social de pacientes psicóticos crónicos., saber:

- Asistencialismo: el sujeto desaparece, se atiende un conjunto de necesidades despersonalizadas. Ante situaciones de hostilidad por la frustración en la tarea y como temor del profesional a ser depositario de dicha hostilidad, surgen conductas defensivas de asistencialismo. Se trata de evitar que surja conflicto en el vínculo, mediante satisfacciones inmediatas de las demandas manifiestas o asistiendo rígidamente satisfacciones materiales de necesidades. Esto trae aparejado escindir la potencialización de autonomía para la satisfacción presente y futura de esas mismas necesidades. Condena al paciente a la pasividad, dependencia e imposibilidad de evolución.
- Pedagogismo: se intenta corregir con técnicas del comportamiento, la adaptación del sujeto a las normas sociales. el tipo de vínculo es similar al de maestro-alumno. El aprendizaje de habilidades sociales es la tarea característica de este enfoque. Esta conducta defensiva aparece como el miedo a la confusión y el caos en relación al psicótico. Es un programa prefijado de soluciones rápidas que evitan pensar y sentir. El profesional ocupa el lugar de saber y aplaca la confusión y el paciente ocupa el lugar de no saber.
- Psicoterapismo: trasladar mecánicamente los encuadres psicoanalíticos o psicoterapéuticos, característicos de lo privado, a la práctica institucional.
- Se establecen tramas vinculares donde el profesional necesita adjudicarle un rol al paciente, complementario al suyo. En el asistencialismo se le adjudica al paciente el rol de no poseer recursos para insertarse en lo social y al profesional el rol de poseedor y quien se lo puede brindar. En el pedagogismo, el paciente es el que no sabe y el profesional el que sabe y enseña. Por último, en el psicoterapismo el psicótico es convertido en “neurótico” para que el terapeuta pueda mantener el setting y la postura analítica. En todas, el profesional puede aplicar *su técnica* (1995, pp.5-7).

G. Rivarola conceptualiza el encuentro del at ante la presencia del loco-paciente, donde el at puede llegar a desplegar una serie de defensas automáticas, como por ejemplo:

- Una escucha mecánica.
- Una escucha selectiva: se sigue el discurso que se mueve en el plano de la “realidad” y se desconecta el at ante la presencia de un “discurso delirante”.
- Entablar un diálogo armado de alguna teoría centrando el interés en la búsqueda de signos, síntomas, o fenómenos que permitan clasificarlo.
- Interrogatorio cuasi-policia: dialogo con el paciente donde se intenta extraer la presencia de alucinaciones o contenidos delirantes

- El enganche: cuando determinado paciente le llega al at de un modo particular, lo conmueve, le interesa las conversaciones y lo desplaza del lugar y actitud profesional. Describe enganches que llevan a una especie de “adopción” del paciente, estableciéndose un vínculo de características maternas, de gran compromiso narcisístico. Hay otros enganches basados en sentimientos de compasión y en una actitud de servicio, humanitaria (2002, p.18)

El Acompañamiento Terapéutico en las Psicosis

Los desarrollos acerca del AT en relación a las psicosis tienen una predominancia en el trabajo con pacientes esquizofrénicos. Ya desde los inicios del dispositivo por la década del 70, se utilizaba primordialmente con pacientes de estas características y con aquellos que sufrían alguna adicción en particular. Las posteriores teorizaciones de la década del 90 a la actualidad el campo de acción se fue ampliando en relación a problemáticas psicopatológicas como las neurosis graves, psicosis, trastornos de alimentación, patologías borderline, discapacidades físicas y psíquicas, trastornos generalizados del desarrollo, afecciones neurológicas, párkinson. A su vez existen experiencias de AT en enfermedades médico-físicas terminales como el cáncer.

El primer intento de conceptualización acerca de la experiencia de AT con la psicosis fue confeccionado por las autoras S. Kuras de Mauer y S. Resnizky en 1984 donde formulan una serie orientativa acerca del manejo terapéutico con pacientes esquizofrénicos, lo expresan del siguiente modo:

- Impartir consignas simples que no den lugar a la ambigüedad. Hablar con frases cortas, claras y concretas.
- Dar respuestas directivas sin ambigüedad ni doble sentido.
- Tener gran disposición a escuchar si desean hablar.
- Tolerar el silencio. No sentirse obligado a hablar permanentemente ya que esto puede confundirlos. No preguntar con insistencia para que no se sientan perseguidos.
- Tolerar la comprensión de una mínima porción de lo que dicen.
- No corregir ni criticar lo que dicen, porque pueden estar significando algo diferente de aquello a lo que sus palabras aluden.

- Es clave la puntualidad y el cumplimiento en la tarea porque aunque parezcan indiferentes y desconectados son agudísimos observadores y no toleran frustraciones.
- Contrarrestar su sensación de indefensión prestándoles el Yo. Estos pacientes tienen dificultades tanto para operar con el tiempo como para desenvolverse en la calle. Debemos tomar en cuenta todos los detalles (...) debe obrarse hasta que ellos se sienten capacitados para desenvolverse con autonomía.
- Respetarles las costumbres y los hábitos (rituales de limpieza, hábitos de alimentación) (pág. 69).

En relación a las funciones del AT, las autoras describen:

- Reforzar la contención del paciente “luchando” contra su ruptura con la realidad acompañando con su estilo complementario los vaivenes de la evolución de su tratamiento.
- Ayudarlos a conectarse con algún proyecto vital latente acorde a sus posibilidades.
- Incluimos como un “yo opcional” capaz de postergar, y de ofrecerle modos de funcionamiento alternativos a aquellos que lo enfermaron.
- Operar como nexo con el mundo externo ayudando al paciente a re-enlazarse socialmente con “otros” significativos: amigos, familiares, educadores.
- Fortalecer el yo del paciente apuntando a una mayor adecuación en el manejo temporo-espacial.
- Proponen las autoras una planificación de actividades:
- Las actividades no pueden ser planeadas con mucha anticipación.
- Es importante poder volver atrás, rever la salida, modificarla si hay mensajes implícitos o explícitos de incomodidad o sobre exigencia.
- Las actividades deben ser cortas, de ritmo lento, dosificado en el tiempo de dedicación que requiere cada tarea.
- Evitar lugares donde haya gran concentración de gente o mucho ruido.
- Evitar encuentros sociales demasiados exigentes.
- No superponer objetivos en una salida.

- Elegir actividades que favorezcan discriminaciones mínimas en relación con la ubicación temporo espacial. Hacerlos participar, en la medida de sus posibilidades, en la planificación de cada actividad.
- Estimularlos con mucho tacto a un mejor cuidado de su apariencia personal.(pág. 70)
- Por último plantean dos indicaciones para el equipo terapéutico:
- Rever periódicamente en equipo tanto los logros que evidencia el paciente, como las limitaciones con que se encuentra el equipo tratante.
 - o Permite la elaboración de un pronóstico más ajustado a la realidad externa e interna del paciente
 - o Permite la planificación de estrategias con objetivos más precisos.
- Reconocer la dificultad del paciente para establecer vínculos que gratifiquen al acompañante y al equipo terapéutico.
- Las grandes oscilaciones en sus manifestaciones clínicas obligan al equipo a revisar sistemáticamente indicaciones y contraindicaciones en el acompañamiento terapéutico (pág. 70).

En el libro Actualización teórico-clínica del AT, S. Kuras de Mauer y S. Resnizky afirman que el dispositivo de AT en la psicosis podría “aportar algo nuevo a la estructura y podría incluso introducir algo del orden del acontecimiento” (2005, p.166).

Se apoyan en autores psicoanalistas como Soler y Pommier donde describen diversos modos de intervención del analista ante las psicosis, las autoras rescatan dichas intervenciones como posibles instrumentos que podrían llevarse a cabo en el espacio de AT. Tales como:

- El silencio de abstención (silencio- testigo) cuando el analista es ubicado como Otro primordial, poseedor de todo el saber, se recurre al silencio como intervención. Este silencio deja un campo libre para la construcción del delirio
- Ser testigo: ante el delirio, testigo del testimonio del paciente.
- Testigo-soporte: no intervenir, ni cuestionar, sin convencer ni rectificar. Ser soporte como un semejante.
- Prótesis a la prohibición faltante: poder decir que no, allí donde el paciente se dejaría arrastrar a situaciones mortíferas.
- Incitar a desarrollar un proyecto artístico, empleando la sugestión (pág. 165).

Las autoras enmarcan las intervenciones dentro de un proceso que suscita diferentes momentos alternando según sea la situación “un silencio estratégico a una palabra que calma, a una palabra que alienta” (2005, p.166).

G. Rivarola explica que ante el encuentro con un loco el at tiene que tener una posición subjetiva de no saber, posición que no se disimula, sino más bien se soporta. Esta posición, desde el inicio, lleva a que el dispositivo se daría a partir de lo que se vaya tejiendo con el paciente como se configurará el trabajo. En el trabajo con la psicosis sugiere la función secretario descrita por Lacan (1981). Propone un abordaje donde en el acompañamiento “el amo es el loco, a través de una relación que se va construyendo se posibilita cierta confianza que promueve confidencias, secretos, son estos elementos los que nos llevan a realizar esta asimilación” (2002, p.21). Además, el autor asevera que hay momentos del AT donde se puede observar esta función, por ejemplo ante la función descrita por S. Kuras de Mauer y S. Resnizky (1984) de yo auxiliar o préstamo del yo cuando el at funciona a manera de organizador del pensamiento, de ayuda memoria.

A. Tarí García y L. Dozza de Mendonca postulan que la psiquiatría clásica a través de ideologías, teorías y prácticas argumentaban que los pacientes no poseían recursos para insertarse en lo social y la necesidad de sostener la permanencia en hospitales psiquiátricos. Luego del movimiento antipsiquiátrico se reconoció, que la familia y la sociedad necesitaban del psiquiátrico para protegerse de los fantasmas de la locura (contagio, agresividad, desorden social, escándalo público). En la actualidad, los autores señalan que la mayor dificultad de la Reforma Psiquiátrica radica en el hecho de que a los profesionales les cuesta *salir* del psiquiátrico. Argumentan que *salir* no consiste en cerrar los psiquiátricos, necesarios para muchos casos, sino en una posición de los profesionales; categorizadas como:

- *Social psiquiatrizante*: también denominado “salir hacia dentro”, donde el profesional reproduce –en el vínculo con el paciente- ideologías psiquiatrizantes que rigen en el psiquiátrico. La situación puede suceder por fuera del espacio físico, pero desde el punto de vista vincular siguen dentro.
- *Social socializante*: también denominado “salir hacia afuera”, entendido como el “lugar” desde el cual el profesional puede pensar sus propias ideologías psiquiatrizantes y su contratransferencia.

Parten del análisis en relación a la rehabilitación y reinserción social en pacientes crónicos. Personas envueltas en lo que denominan *espiral desocializador* cuyo resultado es el aislamiento y la ausencia de cualquier tipo de expectativas positivas respecto a ellos.

Denominado también para aquellos pacientes que les impiden beneficiarse o son insuficientes los tratamientos clásicos, como los fármacos y/o la psicoterapia. Los autores reflexionan en que “muchos de estos pacientes suele observarse síntomas de incapacidad y cronificación junto al deterioro progresivo de los vínculos familiares, con conflictos violentos en el seno del grupo familiar y la constitución progresiva de depositaciones masivas tendentes a la segregación del miembro enfermo” (1995, p.31).

Aportes específicos del vínculo al AT

En 1985 Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky proponen definir el vínculo at-paciente por medio de los momentos que atraviesa el proceso de AT.

Pueden distinguirse en aperturas, desarrollos y desenlaces. Kuras de Mauer y Resnizky las describen en cuatro *movimientos*.

Primer movimiento, inicio de la relación. Las actitudes dominantes del paciente hacia el AT son de sospecha y desconfianza o de transferencia masiva y prematura. Cuando predomina el malestar y la sospecha hay un predominio de ansiedades persecutorias generando conductas que tienden a poner distancia y freno a las acciones que propician la integración y colaboración con el tratamiento. Si predomina la transferencia masiva se evidencia una marcada idealización de la persona del acompañante.

Segundo movimiento, mayor aceptación del vínculo. La relación at – paciente es más accesible. A fin de desplegar las maniobras terapéuticas es necesario del at empatía y sentido común. Etapa donde se planifican las actividades a realizarse junto con el paciente.

Tercer movimiento, consolidación del vínculo. Momento en el cual el at y el paciente comparten algo más que un contrato de trabajo con objetivos a cumplir. Hay un alto compromiso recíproco por la frecuencia del vínculo y las características de la convivencia, hecho que promueve constantes replanteo y clarificación de los roles.

Cuarto movimiento, finalización del acompañamiento. Se pueden distinguir dos modalidades de cierre del proceso de acompañamiento. La primero, una separación planificada, gradual y respetuosa de los tiempos del paciente que permite la elaboración de un duelo por la despedida. La segunda, separaciones abruptas, situaciones en las que el paciente es arrancado del

tratamiento, sin espacio ni tiempo para explicitar las sensaciones que se despiertan luego de la interrupción (2003).

Son Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky en el año 2005 a través de su último libro *Territorios del acompañamiento terapéutico* quienes empiezan a aportar ideas referidas al vínculo entre el at y el paciente. Las autoras expresan que el AT es un espacio donde no sólo el paciente despliega su conflicto, sino también se devela en el vínculo con otro. Dicen al respecto que “el vínculo con un otro significativo posibilita la creación de un entramado simbólico para el desgarramiento psíquico”.

A su vez las autoras especifican el AT en un sentido metapsicológico, definiéndolo desde tres puntos de vista:

- Tópico: el AT como experiencia vincular anida en un espacio “entre-dos”. En él se intentaría generar un medio ambiente terapéutico que habilita la posibilidad de un encuentro promotor de cambios.
- Dinámico: los fenómenos psíquicos y los síntomas son resultantes de conflictos. Desde una perspectiva pulsional el AT se sitúa “del lado” de las pulsiones de vida, apoyando proyectos que permitan invertir un tiempo futuro, promoviendo actividades e intercambios que favorezcan la salida de las sensaciones de impotencia y de la desesperanza. A lo largo del proceso terapéutico el acompañante será testigo-soporte de la pulsión de muerte.
- Económico: el AT favorecerá la transformación de energía libre en energía ligada, buscando vías de tramitación de lo traumático, aportando representaciones que faciliten la simbolización y permitan el surgimiento y el despliegue de la palabra.

Las autoras conciben que el AT posibilita transformaciones subjetivantes a partir de encuentros significativos. Establecen relaciones entre el AT e ideas desarrolladas por el psicoanálisis vincular. Como por ejemplo expresan que el AT está ligado a la posibilidad de establecer un vínculo con un otro en tanto sujeto presente, semejante, diferente y ajeno al mismo tiempo. Como semejante, el acompañamiento resultará un prójimo que se ofrece para facilitar el vínculo, tolerando las diferencias. Pero, dada su ajenidad irreductible, requerirá del otro un trabajo ineludible para sostener el vínculo. Este encuentro puede ser productor de cambios y generador de

articulaciones novedosas. Apoyan las ideas de I. Berenstein como los procesos de construcción interminable de subjetividad a través de nuevas experiencias. La diferencia entre sitio de hecho y sitio de acontecimiento. Dando una relación con el AT como un posible lugar de movimiento, de cambio, de nuevos modos de inscripción y resignificación, como aparición de lo inédito.

Por último, las autoras llevan al AT a los terrenos de la lógica de la complejidad. En síntesis centralizan la práctica clínica del AT en ejes conceptuales, tales como:

- discusión entre lo sano y lo enfermo
- un enfoque psicodinámico para pensar el desequilibrio psíquico
- perspectiva metapsicológica del AT.
- La necesidad de ayudar a buscar un destino al dolor psíquico
- El reconocimiento del Otro como fundante de la estructuración psíquica, garante de su sostenimiento
- Más allá de la repetición hay espacio para lo nuevo, concepción solidaria con la idea de un psiquismo abierto.
- La perspectiva de la complejidad.

Santiago Kovadloff, hace referencia a la necesidad, en el mundo actual, de promover nuevas modalidades de relación operativa con el paciente. Se trataría expresa, de ser eficaces terapéuticamente allí donde la subjetividad acusa sus fragilidades más acentuadas, reconstituyendo al mismo tiempo el tejido socio-cultural. Por último, el autor plantea que esta modalidad tiene como intención posibilitarle al paciente “otra calidad de inserción vincular y un protagonismo innovador y duradero”. (2005, p.10)

A. Tarí García y L. Dozza de Mendonca proponen lo que denominaron la Concepción del Acompañamiento Terapéutico: “Según esta concepción, lo cotidiano es la morada de los afectos y vínculos más primitivos e intensos, por lo tanto participar en la cotidianeidad del paciente supone un alto grado de ansiedad para el profesional. Desde esta perspectiva se podría decir que los estereotipos asistenciales derivan de una organización defensiva contra dicha ansiedad” (1995, p.35)

Consideran al AT como una práctica clínica asistencial interviniendo en la realidad concreta del paciente (acompañar al mercado, dentista, ayudar a organizar los horarios y cuestiones burocráticas, etc.). Sin embargo, a diferencia de los estereotipos asistenciales, su principal

herramienta de trabajo es el vínculo afectivo (transferencia y contratransferencia) que se va desplegando durante la realización de las actividades cotidianas. El AT lo definen como *clínica de lo cotidiano*, así tumbarse en el césped con el paciente, tomar un café en un bar o mirar tv, se convierten en intervenciones tan importantes como las tareas estrictamente asistenciales. De esta manera se establecen posibilidades de abrir un vínculo afectivo y terapéutico. La actitud social del rol profesional como at y las intervenciones consiste en adoptar una postura diferente de los estereotipos sociales y asistenciales. Para dejar de ser “profesional”, en el sentido de tener una postura tecnocrática cientificista, hace falta una formación profesional específica; casi diríamos una formación desprofesionalizante.

Los autores realizan una comparación entre el *paternalismo asistencial* y el *maternaje del acompañamiento terapéutico*.

Maternaje del AT: toman la teoría de Winnicott del vínculo materno-filial, donde ante la inmadurez yoica del bebé, demanda a que la madre se adapte a sus necesidades, es decir que le brinde apoyo yoico. Poco a poco el yo del bebé se desarrolla y fortalece y la madre disminuye el apoyo y el bebé va conquistando independencia y autonomía. Según Winnicott un fallo significativo en las etapas iniciales provoca un bloqueo en el desarrollo generando clínicamente psicosis. Desde esta mirada el paciente psicótico tiene una organización yoica inmadura que demanda una labor asistencial, que le brinde un apoyo yoico (maternaje). Esto no quiere decir tratar al paciente como un niño. Error cometido por el asistencialismo. Aquí está incluida la noción de proceso donde el apoyo disminuye poco a poco.

Paternalismo asistencial: atender a todas las manifestaciones de demandas del paciente, fomentando la cronificación y dependencia. Es un intento de reprimir sentimientos odio, impotencia y angustia ante la frustración, a través de la identificación con una figura materna buena y omnipotente, pero es a la vez una actuación de odio inconsciente, ya que contribuye a aniquilar la individualidad y autonomía del paciente. Genera mayor sentimiento de culpa inconsciente, con lo cual, la necesidad de adopción de una postura paternalista.

Para que un at sea capaz de contener, debe ser cuidadoso, es decir, tener acceso a espacios y situaciones en las que pueda depositar y elaborar las emociones que el contacto con los pacientes despierta. Ya que contener a un paciente psicótico implica ser depositario de angustias muy primitivas e intensas (identificación proyectiva), que deben ser digeridas y devueltas al paciente, de tal modo que este pueda hacerse cargo de ellas. Si el at no está siendo cuidado puede adoptar conductas estereotipadas como último recurso defensivo.

El at y el paciente se implican en una terapia mutua en el que ambos buscan insertar su singularidad en lo social. Desde esta perspectiva la enseñanza y el aprendizaje son mutuos (a diferencia del pedagogismo) y se dan sobre la base de la diferencia entre la estructura psicótica y neurótico.

Con respecto al psicoterapismo el at no es un psicoanalista ambulante, aunque si necesita de un setting psicoanalítico. El paciente psicótico es extremadamente sensible a los cambios y detalles de la realidad externa. Sin embargo a veces se actúa pensando que el paciente esta desconectado de la realidad y se desatiende el setting. Si se pretende establecer una relación de confianza con el paciente, es importante señalar la constancia del setting, con pacientes psicóticos debe ser firme y flexible a la vez.

En el AT a diferencia de la psicoterapia psicoanalítica, el contacto corporal es fundamental ya que en el psicoanálisis lo fundamental es la interpretación verbal, en at privilegia el manejo de la transferencia a través de actitudes interpretativas. Por último consideran que es inevitable que en algunos momentos de nuestra labor adoptemos una postura estereotipada ante el paciente.

M. Frank señala que es en el vínculo donde se inserta el trabajo del AT ya que justamente es la noción de vínculo lo que caracteriza, da marco y sostén al acompañamiento terapéutico. Considera que el at debe operar en la separación de vínculos asfixiantes, esta convocado para “armar en lo desarmado y construir un vínculo comprometido y decidido para promover la emergencia de ser alguien para alguien. Señala por otro lado el carácter transformador del acompañamiento terapéutico en el acompañante terapéutico al decir que “Uno [at] no es el mismo antes o después de una acompañamiento, uno tampoco es el mismo con distintos pacientes, con cada uno es diferente. No sólo es el paciente es el que se transforma, también lo hacemos los acompañantes, de esto hablamos poco, pero es lo que hace apasionante esta labor, aprendemos cosas, conocemos lugares, nos transformamos. Esta condición de estar vinculados es lo que produce en este nuevo espacio efectos”. (2008, p.4)

Otra consideración importante que agrega es que: “La presencia del acompañante en la vida cotidiana del paciente impone la necesidad de pensar el vinculo más allá de la transferencia y la contratransferencia, sin dejar de lado estos conceptos pilares de nuestra práctica; la presencia del acompañante allí provoca un efecto en el presente de la trama vincular, que no podemos limitar a una rememoración del pasado; hay un presente en el que se generan transformaciones y del cual somos parte” (2008, p.4).

Análisis de los Datos

Acompañante Terapéutico y Paciente (Matriz A).

Acompañante Terapéutico N1 y Paciente N1

D1: At.1-P.1

El at no comunica un emergente en la coordinación.

D2: At.1-P.1

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|--------------------|--|-------------------------------------|------------------------|--------------------|
| At.1-P.1 | Sentido del AT | Posibilitar nuevos espacios vinculares | Pesadez Aburrimiento Ansiedad | Talleres de expresión. | Rutina vs novedad. |

El at se pregunta en relación al sentido del AT. Siente que se cerró un capítulo y quiere revisar el proceso para cambiar algo o reafirmarse. Siente el peso de la rutina y vivencia los encuentros con el paciente de un modo predecible lo que le genera pesadez, aburrimiento y ansiedad.

La coordinación considera preguntase sobre lo que está naturalizado en el AT y el tiempo del at en el proceso. Piensa que si la sensación de esto demasiado conocido, podría llevar a no dar espacio a ninguna novedad y a lo mejor, haría falta que ingrese *otro at con una mirada nueva y una subjetividad diferente*, ponga otras cosas en el vínculo y genere otras cosas en el paciente.

El at le pregunta al paciente si quiere hacer algo más en el AT y este responde que quiere ir a un taller de expresión. La coordinación interpreta que el paciente quiere compartir esa experiencia con el at. El at expresa que el paciente quiere hacer el mismo recorrido que hizo cuando comenzó otro taller, donde realizaron juntos los tramites de inscripción, el traslado en colectivo y luego el paciente realiza la actividad de modo independiente. En este sentido, la coordinación interpreta al AT como un *espacio posibilitador* para el paciente. El at subraya que el norte de este AT es generar posibilidades realizando propuestas en forma de interrogación y de modo indefinido donde el

paciente lo podría tomar o no, en función de su deseo. Con los recursos del paciente el at piensa en qué podría hacer él para que esto cobre mayor interés o sea de otro modo.

D3: At.1-P1

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|------------------------------|-------------------------------------|---|--------------|-----------------------------|
| At.1-P.1 | Desorganización del paciente | Compromiso a acompañar a la guardia | Sentimiento de mayor demanda del paciente | ----- | Acercamiento vs alejamiento |

El at comenta que durante el último encuentro observó al paciente con mayor presencia de delirios y alucinaciones, más desorganizado en la manera de caminar, en la forma de manipular materiales de la casa (estos se le caen) y mayor dispersión cuando habla con el at. El paciente escribe los delirios y se los lleva al psiquiatra ya que considera que él va a saber qué hacer con eso. El at observa mayor producción escrita en relación a los delirios que otras veces. El paciente le pide al at que lo acompañe al día siguiente a la guardia.

La coordinación resalta el buen registro de sí mismo del paciente y señala que el hecho de abrir su mundo cotidiano a otros espacios como los talleres puede que tenga relación con la desorganización. A su vez, que el at este pensando en cerrar el AT pueda que el paciente perciba que “este menos vinculado”. El at siente que el paciente está más demandante con él.

La coordinación toma como ejemplo al At.2 que piensa también cerrar un AT, sin embargo pone como plazo medio año para pensar dicho proceso. La coordinación considera que en este tiempo el vínculo se va a ir distanciando perceptiblemente a nivel emocional. En este sentido sugiere que hablarlo con el psiquiatra y hacerlo explícito al paciente ya que es menos amenazante lo que se pone en palabras de lo que se fantasea, en esta percepción de que algo va a pasar y no se sabe qué.

D4: At.1-P1.

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|---|--|---------------------|---|-----------|
| At.1-P.1 | Acompañamiento en nuevas actividades y a la guardia | Posibilitar nuevos espacios vinculares | Tranquilidad | Acompañar a la guardia. Viajar en colectivo. Ingreso al consultorio. Acompañar a la | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|--|
| | | | | admisión de taller | |
|--|--|--|--|--------------------|--|

El at cuenta que fue a la guardia con el paciente. Durante el viaje en colectivo el at percibe al paciente más tranquilo. Esperaron durante dos horas en la guardia y el paciente no fue atendido. Le comenta al at que no aguantaba más la espera, el at coincide. De ahí el paciente se fue al taller de expresión. Al siguiente encuentro van el at y el paciente al consultorio del psiquiatra ya que tenía turno. El paciente quería ir con el at para iniciar los trámites del taller. Ingresan al consultorio por pedido del paciente.

Al at le llama la atención que todo lo que había sucedido la semana anterior el paciente no lo expresó. El psiquiatra en un momento le pregunta como lo veía al paciente y el at invita al paciente a comentar que fueron a la guardia. El psiquiatra no sabía que el paciente estaba yendo al taller porque no lo habían escrito en la historia clínica, y el at le comenta como fue dicho proceso. Le pregunta cómo se sentía con el taller y el paciente expresa: “me cambio la vida”. Luego el paciente comenta querer empezar otro taller y el psiquiatra realiza un pedido de admisión. El at y el paciente hicieron los trámites para comenzar. El at comenta que el paciente empezaría con el nuevo taller e iría el paciente solo, igual que el anterior proceso.

D5: At.1-P.1

El at no comunica un emergente en la coordinación.

Acompañante Terapéutico N2 y Paciente N2

D1: At.2-P.2

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|------------------------------|--|--|-----------------------------------|------------------------|
| At.2-P.2 | Ideas suicidas del paciente. | Explorar el riesgo de vida del paciente. Informar a la familia que se comunique con el equipo terapéutico | Inseguridad Mezcla de ideas ansiedad | Jugar a las cartas. Conversar. | Estrategia terapéutica |

El at introduce la problemática expresando que el paciente está desorganizado y disperso. Observa delirios en relación a irse de viaje a otro país y que le cuesta seguir el hilo de una conversación. Manifiesta que el paciente no toma la medicación regularmente.

Durante la semana la familia del paciente llama por teléfono al at para comentarle que encontraron unas notas con ideas suicidas del paciente. El at habla con el psiquiatra sobre la situación. En el encuentro con el paciente el at interviene a partir de la sugerencia del mismo: no hablar directamente con el paciente sobre las notas sino que “tocara el tema por otros lados”. Durante el encuentro el at observa que el paciente está más conectado que otras veces. Cuando surge el tema de viajar lo expresa de un modo que al at le llama la atención, el paciente expresa que le gustaría borrarse del mapa, el at le preguntaba sobre el significado de la frase y el paciente lo atribuía a viajar. El at interviene con un significado directo como no estar más en este mundo, es decir morir. El paciente refiere a que no lo pensó de ese modo. El at expresa que el paciente no quiso hablar más del tema y que se puso a la defensiva. Continuaron con la actividad de jugar a las cartas.

En la coordinación el at expresa que durante el encuentro el paciente no manifestó directamente la problemática y en este sentido el at lo lee como una negación.

Durante el encuentro el at se comunica con la familia y señala que la información que le dieron era de carácter urgente y el AT no tiene las herramientas para una posible internación, por lo tanto deberían comunicarse con el psiquiatra. El at recuerda a la familia que le solicitaban reuniones y aprovecha para indicar que es el psiquiatra quien toma ese tipo de decisiones. La familia explica que lo llama porque siempre habla con él. El at plantea un circuito de información diferente hasta el momento. Se comunica nuevamente el at con el psiquiatra y este le dice que el paciente no fue a la sesión y la familia no se comunicó.

D2: At.2-P.2

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|--------------------|---|---------------------|--------------------|-----------|
| At.2-P.2 | Sentido del AT | Suspender el AT hasta que el paciente retome tratamiento. Apela a la confianza del vinculo para | tranquilidad | Jugar a las cartas | |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|
| | | calmar la ansiedad persecutoria | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|

Luego de la coordinación anterior (D1) se realiza una reunión de equipo (ver equipo terapéutico N2). Al siguiente encuentro el at realiza una intervención previamente consensuada con el equipo terapéutico. La misma consiste en informarle que el AT se suspendería hasta que el paciente retome el tratamiento psiquiátrico. El at le manifiesta el tema al paciente y de inmediato este se pone muy nervioso y comienza “con una cuestión persecutoria con la internación y con la familia que le controlan la mediación”. Manifiesta que no quiere que se termine el AT. En ese momento el at le expresa al paciente lo siguiente:

“mira, vos me crees a mí lo que te voy a decir, si vos no me crees, yo me levanto y me voy. Esto que te estoy planteando no tiene nada que ver con ni con el psiquiatra, ni con tu familia, ni nadie. Me hago cargo yo de esta idea. Mi idea no es cortar el acompañamiento para nada. Te lo estoy diciendo para que pienses en el tratamiento”. El paciente se larga a llorar y expresa confiarle algo al at. Busca las notas y las lee. El at manifiesta que las mismas tienen una serie de ítems delirantes en relación a la enfermedad y al dinero. La meta era viajar en cuestión de días y si no conseguía el dinero se suicidaba. El at se queda una hora más de lo pactado y se retira cuando observa más tranquilo al paciente. Luego el at se comunica con el psiquiatra y éste indica a la familia iniciar los trámites de pre-judicialización. Por último el paciente es internado.

El grupo de coordinación reflexiona el momento en que el at le expresa al paciente “escuchame lo que yo te digo”. Se relaciona con una intervención técnica habitual en el AT con un vínculo con un paciente psicótico que dice que cuando sucede cierta tensión en la relación entre el acompañante y el paciente la intervención se expresa trayendo al terapeuta como un lugar de tercero para que no se rompa ese vínculo. En esta situación en particular fue al revés. El at centra el vínculo. El grupo lo asocia con la intervención técnica habitual que indica que cuando uno está en un vínculo con un paciente psicótico se puede sentir cierta masividad importante, suele sugerirse reconducir al paciente al espacio de terapia para que no sea tan cargado ese vínculo. En esta situación se apunta a calmar la ansiedad persecutoria con una intervención que apela la confianza del vínculo.

El at retoma la situación de delirio del paciente, que leía punto por punto donde las conexiones que hacía eran enloquecedoras. El at intentaba cortar y acotar ese discurso. La

coordinación resalta que intentar entender eso que no se entiende es enloquecedor, lo que el at puede hacer es acotar lo persecutorio y ayudar a organizar.

El grupo reflexiona sobre el cambio del encuadre, en que el at se queda una hora de más en el AT. El at lo recuerda del siguiente modo: “a mí me paso que terminaba a las cinco de la tarde y tenía armado con mi viejo hacer algo, unos trámites. En un momentos a la 5:10 me sonaba el celular, era mi viejo que me esperaba y cuando el paciente va a buscar las notas, si decía en ese momento dame un segundo que necesito mandar un mensaje, se iba a perseguir entonces en un momento cuando se fue, le mande un mensaje a mi viejo a mil por hora para que no me viera y apagué el celular. Puse estoy complicado, nada más. Si hubiera tenido otro acompañamiento terapéutico seguido, también hubiese suspendido el encuentro, pero eso, ni siquiera podía llamar para decir, voy a llegar tarde u otra cosa, porque si llamaba a alguien pensaba que se iba a poner persecutorio conmigo, no sé si hubiese pasado, pero era una posibilidad”.

D3: At.2-P.2

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|--------------------|-----------------------------|--|--------------|-----------------------|
| At.2-P.2 | Sentido del AT | Comunicación con la familia | Siente rechazo por parte del paciente. Sentimiento de desvinculacion | Internación | Corte del tratamiento |

El encuentro entre el paciente y el at se lleva a cabo durante el periodo de internación. El at observa que el paciente continúa con el discurso delirante en relación al dinero y siente que el paciente lo rechaza a nivel vincular. Le expresa que no se encuentren más ya que él se va a curar por sí mismo. El at se comunica con la familia para preguntarle como sigue el tratamiento. Expresan que no saben nada, no saben cuál es el nuevo psiquiatra y estan pensando en otra institución. El at siente que el paciente se está despidiendo de él.

D4: At.2-P.2

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|--------------------|----------------|---|--------------------------------|-----------|
| At.2-P.2 | Cierre del at | Contención | Dificulta de evaluar el estado del paciente | Jugar a las cartas y conversar | |

El at durante la semana se comunica con el nuevo psiquiatra con la intención de armar un equipo terapéutico. En el espacio de internación el at se encuentra con el paciente, comienzan a jugar a las cartas y el paciente en un momento de silencio rompe en llanto. Le expresa al at que le prometieron ese día salir del internado y no fue así. El at señalaba que el paciente estaba muy angustiado y luego expresaba ideas delirantes en relación a la internación.

El at siente que es muy difícil evaluar cómo está el paciente en el espacio de internación, observa el enlentecimiento cognitivo como efecto de la medicación y el paciente de un encuentro a otro no recuerda lo que conversan. La coordinación considera que el paciente es día por día, en el cual cambia semanalmente no solo el sentido del AT sino también el paciente en sí.

El at considera una frase que le dijeron los enfermeros: “vos como lo aguantas”. Siente el at algo en el orden vincular que el paciente genera, donde no se hace querer por nadie, que lo siente en relación al psiquiatra y a los enfermeros. El at manifiesta que tiene algo en la forma de hablar, una forma barrial. La coordinación asocia que el vínculo de este paciente con el at, visibiliza ciertos códigos compartidos, donde el paciente tiene cierta predisposición con el at porque hay algo de par en relación a la edad, a los códigos de barrio. El at recuerda que el paciente lo conocía de vista antes de comenzar el AT. La coordinación subraya que hay algo de par que permite cierta proximidad que no pasa con otros. Hay algo claramente visible e implícito a la vez, en un código compartido que genera cierta confianza que en los otros no se observa. Concluye que tiene que ver con esta contingencia a favor en relación al barrio y todos los conocimientos previos al AT que en otro paciente, en otra estructura subjetiva podría haber sido un obstáculo para el AT.

D5: At.2-P.2

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------|-----------|
| At.2-P.2 | Alta de la internación. Cómo seguir | Presencia | Distanciamiento vincular | Dialogar | |

El at expresa que al paciente es posible que le den el alta de internación. Durante el encuentro observa que el paciente estaba descompuesto, dormitaba, balbuceaba, en un momento se queda dormido. El at habla con el equipo terapéutico y le informan que la familia decidió cambiar de institución y de tratamiento. La coordinación sugiere que hable con el psiquiatra, la familia y el paciente para cerrar el AT y quedar dispuesto a reincorporarse si la nueva institución considera que el paciente tenga AT nuevamente. El at fue sintiendo que el AT se iba cerrando y el vínculo con el

paciente se fue distanciando hasta el último encuentro que fue una mera presencia. El at considera que no puede cerrar en el espacio de internación, considera que necesitaría un encuentro por fuera de la institución para cerrar.

Acompañante Terapéutico N2 y Paciente N2a.

D1, D2:At.2-P.2^a

El at no comunica un emergente en la coordinación.

D3:At.2-P.2^a

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-----------------------|--------------------|--|---------------------|-------------------------|-----------|
| At.2-P.2 ^a | Cierre del AT | Comunicación al equipo terapéutico Historizar el AT | Crecimiento | Video Juegos Salidas | |

El at considera cerrar el AT. Piensa cerrar más de un AT para el año entrante. Plantea que se finalizó un ciclo, piensa que el AT transitó un tiempo considerable y durante el proceso se fueron movilizand o muchas cosas tanto para él como para el paciente. La coordinación pregunta que significa el AT para él. Este expresa que el AT es muy significativo ya que siente un crecimiento junto al paciente y considera que fue una experiencia donde trabajó en equipo y es un AT que le aportaron muchas cosas a él por cómo fue pensando el espacio con el paciente y la familia. Piensa en el tiempo que pasó en su vida en los años con este AT, en la cual comienza siendo estudiante y en la actualidad esta recibido.

La coordinación plantea que se hable el tema con el equipo terapéutico y considera para el cierre *generar la posibilidad de historizar*, pensar en una línea de tiempo, en lo que jugaban, en todo aquello que es muy del paciente y el at, lo que es muy del acompañamiento y del vínculo. El at junto al grupo recuerdan imágenes, situaciones, momentos que compartió en at en el espacio a lo largo del AT. El grupo le pregunta al at como se imagina el AT del paciente luego del cierre. Plantea que continuaría otro at. A raíz de esto la coordinación reflexiona acerca de los cierres en AT con pacientes que padecen de patologías graves, donde se cierra el vínculo entre at-paciente, pero el AT continúa. El grupo piensa en la implicancia e intensidad vincular que vivencia el at, para luego recogerlo y dar lugar a que re-ingrese otro.

D4, D5: At.2-P.2ª

El at no comunica un emergente en la coordinación.

Acompañante Terapéutico N3, Acompañante Terapéutico N4 y Paciente N3

D1: At.3-At.4-P.3

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------------|--|------------------------------|---------------------|-----------------------------------|---|
| At.3-At.4-P.3-P.1 | Enojo del paciente y la familia con la obra social y las ats | Participación en la reunión. | Enojo | Visita al médico y la obra social | Entre paciente, la obra social y las ats. |

(Ver equipo terapéutico N3: la reunión con la obra social)

Luego de la intervención de la obra social At.3 va a la casa del paciente y siente que este le es indiferente, también siente que está enojado y con bronca por la indicación de la obra social. La acompañante siente que la bronca es con ella también debido a que el paciente las nombra como “las chicas de la obra social” y la acompañante piensa que el paciente cree que ellas son partidarias de la decisión de la obra social. El enojo y la bronca del paciente lo demuestran no hablando, sentándose alejado, pidiendo certificados de las facturas y duplicados. La at comenta que en la obra social le dijeron al paciente que las ats están para acompañarlos a todos lados, de modo que el paciente pide que vayan con él a un turno médico fuera del horario del acompañamiento. Las ats sienten que están realizando un AT tanto para el paciente como la familia. Consideran que el paciente se muda de habitación es un objetivo, pero no coincide en la forma en que intervino la obra social.

La coordinación pregunta si no estará la at actuando el enojo de la familia y el paciente. La molestia de la at lo atribuye a la indicación de la obra social.

D2: At.3-At.4-P.3

Las ats no comunican un emergente en la coordinación.

D3: At.3-At.4-P3.

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|--------------------|----------------|---------------------|--------------|-----------|
|-------------|--------------------|----------------|---------------------|--------------|-----------|

| | | | | | |
|----------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|----------|--------------------------|
| At.4, At.3-P.3 | Resistencia del paciente | Análisis de la transferencia | enojo optimismo | mandalas | Distanciamiento vincular |
|----------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|----------|--------------------------|

La At.4 comenta que el paciente no la atendió la puerta durante el último encuentro. La at llamó reiteradas veces a la casa y no atendía nadie. Le avisa a At.3, quien al siguiente encuentro el paciente le manifiesta que estaba enojado con At.4 expresando que ella faltó al encuentro y por lo tanto no le iba a pagar. La at cree que el paciente estaba dormido y no escuchó los llamados.

La At.4 piensa que la intervención de la obra social movilizó positivamente al paciente ya que empezó con la mudanza de muebles a la habitación y tenía optimismo al pensar que dormiría solo y pensaba trasladarse de a poco. La At.3 no coincide en este sentido expresa que observó enojo al comienzo y luego siguió igual. Ahora ve el enojo del paciente hacia las ats y considera que el paciente puede decirlo, pero no vio acciones concretas que le hagan cambiar de opinión.

La At.4 siente que antes de que el paciente no la atendiera iban trabajando de un modo favorable, realizando mandalas, saliendo a caminar, planificando decorar la habitación. Y siente enojo por el desencuentro. La coordinación señala que un paciente con una patología mental, que genera dificultades vinculares, sería esperable “los desencuentro” y lo raro sería que un vínculo sea esplendido, sin sobresaltos con pura gratificación. Interpreta el enojo como una desilusión, de haberse ilusionado con que no era un paciente.

El grupo de coordinación considera en pensar las distintas cosas que se juegan cada at con el paciente y ver qué características coinciden y cuáles no. Consideran en discriminar qué pone el paciente en cada una y cómo se vincula con cada una de las ats. No para modificarlo sino para identificar el tipo de relaciones que el paciente establece.

La coordinación llama la atención en la comunicación entre ats. Señala que el paciente ante el desencuentro con At.4 manifiesta el enojo a la At.3 y esta de algún modo actúa trasmitiéndoselo a la otra at. La coordinación considera que es una variable a analizar de lo que hace el paciente inconscientemente con las dos ats. Al contarle a At.3 lo que siente de At.4 busca que lo avalen, que se comploten, que lo defiendan. Centra en entender qué hace y qué genera el paciente con los vínculos. En función de esto, se podría pensar una estrategia en el modo de comunicación entre ats, si se responde o no a lo que manifiesta el paciente.

D4: At.3-At4-P.3

Las at.3 comunica la reunión de equipo que se realizó.

D5: At.3-At.4-P.3

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|----------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------|---|
| At.3, At.4-P.5 | Pago del AT | Acceder a buscar el dinero en el AT | | Diligencias Mandalas | Discurso familiar, posibilidades para las ats |

La At.4 comenta que la familia no puede retirar el dinero del banco para pagar el AT. La at sugiere ir en colectivo con el paciente, sin embargo la familia no acuerda debido a que piensan que el paciente se puede accidentar. La at sugiere ir en taxi y el paciente le manifiesta que lo pague la at ya que van a cobrar su dinero. En esta situación la at no sabe qué hacer y lo lleva al espacio de coordinación. La coordinación aclara que no corresponde pagar el taxi, pero en este caso y por solo esta vez se podría acceder.

La at comenta que el paciente realiza con entusiasmo hacer mandalas. La at expresa que ella lleva los materiales como el papel y los lápices. La coordinación interroga porqué la at lleva los materiales. Esta considera en llevarlos al principio y si el paciente continúa con la actividad pedirle que los compre. La coordinación plantea si es necesario llevarlos o habría que proponer que el paciente utilice sus propios recursos para realizar la actividad. Surge la interrogación acerca de quién tiene que gastar. El grupo de coordinación plantea experiencias donde se observa este emergente:

- At.5 comenta que con su paciente armaban collares y como la paciente no podía ir al centro, la at compró algunos elementos y le entregó el tiquete a la madre. Luego organizaron para ir al centro a comprar los elementos para los collares. También expresa cuando lleva un libro, un mazo de cartas casi siempre es previamente hablado con el paciente
- At.3 recuerda algo parecido, donde la paciente buscaba algo para tejer. Expresa que ambas tejían, cada una con lo suyo, la at tejía un pulóver y la paciente una alfombra.
- At.1 pone una situación hipotética introduciendo en el at una pelota de futbol.

La coordinación plantea acerca de qué se supone que debería hacer el at ante estas situaciones. Lo piensa en relación a ciertas habilidades, conocimientos y facilidades que tiene cada at como recursos propios, a modo de una “caja de herramientas” en la cual, ante ciertas

circunstancias apela a eso con determinados pacientes. Considera que el at debe estar atento a ver si dichos recursos funcionan como escudo para el at o hay una coincidencia entre el deseo del paciente y el recurso del at. En esta misma lógica la coordinación llama la atención acerca de las actividades que el at realiza. El grupo considera importante analizar el paraqué en relación a esto. También lo piensan en relación al deseo del paciente. Cuando el at lleva algún objeto puede el paciente comenzar a gustarle, a generarle placer, sin embargo esto mismo podría tapar el deseo, como llevar algo para tapar el vacío que puede presentarse dentro del AT. Lo piensan como una delgada línea entre no hacer nada para no tapar el vacío o hacerlo para generar interés. Para discriminar esto el grupo considera que el at realiza una propuesta y el paciente define el sentido de la actividad. Por último plantean que las actividades se elaboran en función del caso por caso y el at el mejor ejercicio que tiene para desnaturalizar sus recursos y conocimientos es a través de la interrogación permanente. También consideran que el at puede construir actividades a partir de la propia cotidianidad del paciente e interrogándose juntos cuales son los recursos disponibles.

Acompañante Terapéutico N3 y Paciente N3a

D1, D2, D3: At.3-P.3a

La at no manifiesta un emergente en relación a la paciente

D4: At.3-P.3^a

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|---|---------------------------------------|---------------------|---|-----------------|
| At.3-P.3a | Movimientos en un delirio sistematizado | Dar lugar al delirio desde la escucha | desconcierto | Diseños de decoración Salir a caminar Tomar mates | Cómo intervenir |

La at comenta que la paciente realizó un movimiento en relación a un delirio erotomaniaco sistematizado en relación a un actor famoso. Le comenta que “corto” la relación de amor con este ya que no puede tener una relación de amor a distancia. A la at le genera incertidumbre ya que el delirio estaba sostenido desde hace mucho tiempo. La at señala que continua realizando actividades de diseños de decoración, que antes lo significaba como regalos para el actor famoso. También menciona que salen a caminar, toman mates y la paciente comienza a anotar los gastos que realizan en el AT. La paciente le comenta que no quiere estar más internada y manifiesta querer salir a

caminar con la at. Ésta, comenta que la idea del AT es sostener el delirio sistematizado de la paciente y realizar actividades.

D5: At.3-At.3a

La at no manifiesta un emergente en relación a la paciente.

Acompañante Terapéutico N4 y Paciente N4.

D1: At.4-P4

La at no manifiesta un emergente en relación a la paciente

D2:At.4-P4

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|--------------------|---|---------------------|--------------------------------|-----------------|
| At.4-P.4 | Catársis | Ampliar el territorio cotidiano Historizar | tranquilidad | Salir a caminar Tomar el te | Reseña, novedad |

La at comenta que durante el AT con la paciente toman el té y salen a caminar. Al final del AT la paciente acompaña hasta la parada de colectivo a la at. La paciente acompaña cada vez más alejado de la casa para despedirse tomando como referencia los árboles de la vereda. En este sentido la coordinación lo figura como una *expresión de ampliación del territorio*.

La at comenta que es un acompañamiento histórico y que la paciente se siente sola. Señala que al principio del AT estaban en el dormitorio y ahora realizan los encuentros en el living de la casa donde conversan. La at comenta expresiones de la enfermedad de la paciente, en el sentido literal que suele tomar algunas frases. También expresa que la paciente ahora toma mates y quiere comprar un termo para poder ir a la plaza.

D3, D4, D5: At.4-P.4

La at no manifiesta un emergente en relación a la paciente.

Acompañante Terapéutico N5 y Paciente N5

D1, D2, D3:At.5-P5

La at está ausente en esta coordinación.

D4: At.5-P.5

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|--------------------|--|-----------------------|--------------|------------------------|
| At.5-P.5 | Cierre del AT | Comunicación al equipo terapéutico, la familia y la paciente de la finalización del AT | Desgaste Intolerancia | Cierre | Cuándo finalizar un AT |

La At decide cerrar el AT. Expresa que tiene que comunicarlo al equipo terapéutico. Plantea que siente cierto desgaste en el AT debido a la patología de la paciente sobre todo el discurso delirante, la estereotipia y la relación con la familia. Siente que su aporte no es igual de intenso que antes y la paciente necesita de otro con mayor disponibilidad afectiva. La coordinación entiende que el AT finaliza por cuestiones contratransferenciales que se repite en los diferentes ats. A partir del *registro contratransferencial* permitiría dar la apertura al ingreso de otro.

D5: At.5-P.5

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------|------------------------|
| At.5-P.5 | Cierre AT Comunicarlo a la paciente | Comunicación al equipo terapéutico y la paciente | Sentimiento de abandono Tranquilidad | Cerrar el espacio | Hablar con la paciente |

La at se pone en contacto con su reemplazante y le comunica al equipo terapéutico sobre su finalización en el AT. El equipo expresa que con otros ats sucedió lo mismo, que más tiempo con esta paciente no era indicado. La at tiene en cuenta que la paciente siente que su madre la abandona y expresa el temor de quedar en el lugar de at abandonico. La coordinación considera que la at debe hablar con la paciente recalcando el tiempo de trabajo vincular.

Acompañante terapéutico N5 y Paciente N5a

D1, D2, D3:At.5-P.5a

La at está ausente en esta coordinación.

D4: At.5-P.5a

| At-paciente | Emergente vincular | Intervenciones | Sentimientos del at | Actividades. | Conflicto |
|-----------------------|--------------------|----------------|---------------------|--------------|-----------|
| At.5-P.5 ^a | Cierre del AT | | | | |

La at Comenta que quiere cerrar el AT. No desarrolla en el momento la problemática.

D5: At.5-P.5a.

La at no manifiesta un emergente en relación a la paciente.

Características generales en relación al vínculo At-Paciente.

Conceptos nucleares en el AT: el encuadre y la cotidianeidad, la intervención y la tarea.

El encuadre y la cotidianeidad: los continentes del vínculo en el AT

De los encuentros realizados con el grupo de supervisión se puede observar que en principio el vínculo entre at-paciente estaría configurado por un encuadre de trabajo. Dentro del espacio de AT cada uno tiene un *rol explicito*. Si tenemos en cuenta al at:

- Se caracteriza en el abordaje de la psicopatología del paciente por medio de intervención terapéuticas dentro de un proceso de tratamiento general.
- Cumple un rol como agente de salud mental.

Si tenemos en cuenta al paciente:

- Tiene un diagnóstico y una problemática específica que lleva a considerar la inclusión de un at ya sea por parte de este, el equipo terapéutico o la familia.

Al inicio de un AT se fijan las variables del *encuadre*. Este delimita un marco de relación sujeto a las condiciones de abordaje del tratamiento dado por la estrategia y los objetivos planteados por el equipo terapéutico. A su vez, es una construcción llevada a cabo entre el paciente y el at que entrama un modo de acción abierto a la conjunción vincular de ambas subjetividades.

Una característica especial del AT es la definición del espacio-tiempo de tratamiento. Tiene como condición que se construye y circula en los lugares más diversos dentro de la cotidianeidad del paciente, ya sea, en la casa, en bares, cines, en el centro de la ciudad, en los centros médicos, en los hospitales de día, en internaciones hospitalarias, etc. A su vez, el tiempo de cada encuentro del AT (traducido en días y horarios) se elabora en función de la problemática, las actividades a realizar, la modalidad de intervención y la temporalidad propia de cada vínculo en relación con la tolerancia, la significación y el intercambio afectivo que le atribuyen al tiempo de cada encuentro. Es decir, el AT tiene una variabilidad de tiempos y espacios que responden al armado particular que se realiza para cada uno.

Una vez establecida la construcción del encuadre, tiende a ser invariable. El at tiene una doble tarea, por un lado registra el uso que el paciente realiza del acuerdo establecido. Es tomado como elementos clínicos, en el sentido de que pueden aparecer rupturas, acting outs, resistencias o síntomas por parte del paciente de las coordenadas que se acuerdan (Frank; 2008).

Por otro lado, el AT tiene un encuadre “flexible” en el sentido de que durante el desarrollo del proceso terapéutico puede moverse en función de la lectura de situación que se vaya realizando. El at puede realizar ciertos ajustes, que suelen aparecer a partir de los cambios que el paciente efectúa en el proceso, ya sea, una mejoría o un empeoramiento de la problemática. En función de esto se suele incrementar o disminuir horas, incluir o cambiar ats. En una escala inferior, el esquema básico de reunión de cada encuentro, puede variar dado por las actividades a realizar, por imprevistos o situaciones de crisis.

Las siguientes viñetas intentan ejemplificar esta cuestión:

En el encuentro entre At.2 y P.2 (M.A; D.2) sucede que a poco de finalizar el AT, el at determina quedarse una hora más con el paciente. Esta decisión es tomada ya que el paciente en el último instante se dispone, en un acto de confianza, a mostrarle al at ciertas notas que escribió en relación a un delirio megalomaníaco, en el cual planificaba suicidarse. El at considera quedarse el tiempo necesario, suspendiendo obligaciones posteriores y modificando el encuadre con el intento de dialogar detenidamente sobre este tema. Otra situación corresponde al AT de At.1 y P.1 (M.A; D3), en el cuál el encuentro se desarrolla en la casa del paciente, este le pide al at que lo acompañe a una guardia hospitalaria ya que siente un incremento en relación a ideas delirantes. El at accede ir junto al paciente. Es decir, el encuentro comienza en la casa como lugar acordado, sin embargo, dada la situación se va desarrollando en otro espacio.

Ambas viñetas demuestran por un lado que ante determinadas circunstancias el acompañamiento terapéutico *flexibiliza el encuadre*, transformándose en una intervención propia del AT. Por otro lado, el espacio-tiempo es lo más cambiante en el proceso ya que tiene como constante el atravesamiento de la cotidianeidad. Quisiera detenerme en este aspecto:

El abordaje de tratamiento desde la *cotidianeidad* del paciente es un aspecto específico del AT. Se podría conjeturar, en primer lugar que el contexto cotidiano enmarca al vínculo entre el at y el paciente. El uso que hace el vínculo del contexto es un punto a analizar en un sentido conflictivo. Es importante tener en cuenta la circulación del espacio, la apropiación y la búsqueda de sentido del

mismo, los lugares predilectos o la falta de ellos, los lugares que se repiten, el modo de desenvolvimiento y la incorporación de nuevos territorios. Por parte del paciente observar el afecto ligado o desligado al espacio que lo rodea, si es confiable, apacible, en calma, ansioso, amplio, estrecho, persecutorio, excitatorio o inhibitorio de tareas. Por parte del at, en base al registro contratransferencial puede idear si sus sensaciones son sintónicas o no con los contenidos del paciente y su contexto, si le resulta dificultoso pensar, sostener el espacio o en cambio, es potenciador de ideas.

Lo cotidiano, en toda su complejidad se podría decir que puede favorecer u obstaculizar una intervención terapéutica, a modo de ejemplo tanto un freno brusco de un taxi, como la entrada de un familiar al “espacio terapéutico” en un momento clave, puede “contaminar” una asociación importantísima para el paciente o una intervención crucial del at. Como así también sucede a veces que de un modo espontáneo, otro ajeno, como podría ser un mozo de un bar expresa las palabras justas, en el momento justo, como si conociera a fondo la historia del conflicto y tuviera un registro agudo contratransferencial, que interviene “mágicamente”. Se puede observar esto en el AT de At.4 y P.3 (M.A; D.1), donde el paciente junto a su at, se dirigen a una reunión de la obra social, en la cual, la asistente del lugar indica que el paciente no debe dormir más con su madre. Esta intervención directiva e imprevista produce una serie de sentimientos hostiles por parte del paciente y su madre. Ellos asocian indiscriminadamente a las ats como pertenecientes a la obra social y su respectivo sentimiento de enojo. Esto produce una obstaculización del proceso ya que las ats sienten que tienen que comenzar a organizar y discriminar la diferencia entre ellas y la obra social con su respectiva intervención. En la confusión y la indiscriminación de roles, las ats a su vez, sienten enojo hacia la obra social lo que hace que no puedan tomar distancia de la situación, de allí que llevan este emergente al espacio de supervisión, que se verá con mayor detenimiento en dicho apartado. De algún modo recorrer el territorio de AT es una apertura mental a los imprevistos, a las sorpresas, para armar, desarmar y rearmar un esquema de tratamiento básico en función no sólo de aquello que acontece internamente al paciente sino también al entrecruzamiento con la cotidianeidad.

Lo cotidiano sería todo aquello que rodea al sujeto y tiene una significación interna para él. En términos cotidianos es el mundo que lo rodea, es el mundo de relación, el mundo material y el mundo vivencial. A partir de esto, el AT tiene como potencial el registro y la intervención sobre estos mundos posibilitando la resignificación, la ampliación, la apertura de nuevos sentidos o la transformación de los mismos. La circulación del AT en todos estos mundos tiene un sentido terapéutico. Primero como indicador diagnóstico situacional de la problemática, a través de la

observación que puede dar cuenta de ciertas obstaculizaciones o favorecimientos del medio para el paciente. También incorpora un campo de intervención propio centrado en el hacer. Así como un analista se inserta principalmente en el mundo interno del paciente por medio de las representaciones de sus conflictos, el AT se inserta en una escena que recorre el mundo cotidiano permitiendo tener un registro vivencial de los conflictos internos y externos del paciente. Los conflictos y las sensaciones contratransferenciales que acontece en la relación con el paciente y el mundo que lo rodea se dan en un presente inmediato y en una dramática actual. El AT engloba la representación del objeto interno de la familia e interactúa con la familia real del paciente. Este campo es sumamente complejo y pensar en abordarlo todo sería una soberbia omnipotencia del AT. Por ello el abanico de posibilidades de intervención dentro del AT esta centralizado en el hacer-con el paciente determinadas tareas e intervenir a partir de funciones, acciones y construcciones interpretativas.

Las *interpretaciones analíticas*, expresadas a un nivel simbólico del inconciente por medio de la palabra, cuando son posibles efectuarlas es propicio realizarlas dentro del campo analítico en un espacio psicoterapéutico ya que, si bien el trabajo en la cotidianeidad favorece un campo de acción, también sería osado recrear condiciones de “análisis profundo” en un espacio impredecible. El grupo de supervisión plantea este dilema⁴, donde el AT en la actualidad suele ser, en su mayoría, una práctica clínica inicial y formativa a estudiantes y recién egresados del espectro de la Salud Mental para el desempeño como futuros profesionales. A su vez, las prácticas de ATs suelen llevarse a cabo con aquellos tratamientos considerados como “más difíciles o graves”, donde a veces, los demás profesionales “no quieren/pueden involucrarse”. Sin embargo, el abordaje de dicha complejidad supone en realidad una rigurosidad clínica para poder trabajar de una manera tan cotidiana y tan flexible. En este sentido, reflexiona el grupo expresando que “hay que tener incorporado el rol, la ética y un posicionamiento muy firme para trabajar en un ambiente desestructurado”.

⁴ Ir a MC; D5: At.2-coordinacion.

La intervención vincular en el AT

El AT es un campo de intervención sumamente amplio por el entrecruzamiento de la cotidianidad y lo vincular donde el at interactúa con el paciente, la familia y aquellos otros significativos para el paciente. Si el AT se posicionaría mentalmente desde un análisis clásico en un encuentro tendría que abordar e intervenir simultáneamente como si fuera un análisis individual, familiar y grupal a la vez. Esto que resulta risueño pensarlo, es un trabajo de discriminación que se debe hacer dentro del AT acotando su campo de acción y trabajar en conjunto con el equipo terapéutico para que el conflicto circule y se intervenga desde el dispositivo pertinente. A continuación pasare a describir algunas de las distintas intervenciones que el AT lleva a cabo:

- 1) *Intervención diagnóstica situacional*: en una primera instancia el at tiene la principal función de conocer al paciente y observar el entorno cotidiano. En base a ello se irá construyendo un diagnóstico situacional que abordará la problemática del paciente, la interacción familiar y de aquellos otros significativos, todo lo referente a lo cotidiano como el espacio, la circulación, los mundos cotidianos, etc. A partir de allí, se comenzaran a diagramar el esquema estratégico junto al equipo terapéutico. Es un momento para ajustar el encuadre y proponer las primeras hipótesis de trabajo.
- 2) *La función interpretativa como intervención*: tiene su antecedente en las funciones de S Kuras de Mauer y S. Resnizky (1985). A mi juicio la crítica dada por Pulice y Rossi (1997) tienen un error de lectura, ya que depende desde qué lugar se piensa la función, estrecha o amplía su eficacia. Si lo pensamos desde una posición prospectiva, la función queda fijada a una especie de “receta terapéutica”, donde el at busca donde y cuando realizar la función. En cambio el planteo de las autoras, es retrospectivo, donde el accionar del at cobra sentido a posteriori. Por lo tanto a mi criterio, ambas posiciones pueden sintetizarse en que el at tiene una disposición de apertura para ser depositario de los elementos del mundo interno del paciente y en base a su conocimiento y sentimiento empático, realizará determinada función y no otra, que se resignificara en los resultados que de ella quede. Llamo función interpretativa a dicho movimiento empático que debe realizar el at, para identificar la depositación transferencial que el paciente le adjudica y asumir dicho rol funcional. La depositación transferencial puede asemejarse a un lugar de padre, de madre, de hermano, de hijo, de amigo, de profesor, de jefe, de secretario, etc. El at debe comprender que rol debe jugar para actuar desde esa función en determinadas situaciones que crea conveniente. De este modo aquellas intervenciones que tengan contenidos en relación a un continente y a un

sostén se identifican como un rol materno, aquellas intervenciones de corte y de prohibición se identifican a un rol paterno y aquellas que tengan componentes lúdicos y de competencia se identifican a un rol amistoso y fraterno del vínculo.

- 3) *La acción interpretativa como intervención:* término extraído de T. Ogden, definido como el uso de la acción (diferente al discurso verbal simbólico) por parte del analista para transmitir al analizado, aspectos de la transferencia-contratransferencia que no pueden ser transmitidos a través del contenido semántico de las palabras. Deriva su sentido simbólico específico del contexto experiencial de la intersubjetividad analítica en la que es generada. En el AT, desde un punto llano esta intervención es la tarea en sí misma que el at realiza junto al paciente. La especificidad de la misma se observa en situaciones de extrema tensión entre el at, el paciente y el medio, donde se espera que el at haga determinada acción y este realiza otra, en función de la interpretación que hace de la transferencia con el paciente. Por ejemplo en un ambiente público, van a comprar algo al mercado, a la hora de pagar ninguno atina a realizar la acción, la cajera mira al at y espera que este haga algo. El at decide no hacer, corre la mirada, etc. para que se posibilite la interacción entre el paciente y la cajera.
- 4) *Construcción interpretativa:* intervención específica en relación a ciertos aspectos de la personalidad psicótica como la fragmentación y la indiscriminación en el pensamiento. El at por medio de preguntas y asociaciones construye junto con el paciente historias que tengan que ver con la subjetividad de este último. Se elaboran en relación a los huecos, rupturas y fragmentos del pensamiento que se repiten compulsivamente en el paciente. La intervención apunta a la organización de las ideas y a la resignificación de la propia historia del paciente. Suele también utilizarse para historizar el AT ante periodos de cambios o finalización. Se puede utilizar elementos gráficos, línea de tiempo, esquemas, cuadros y collages. Apunta a la función sintética de la PD propia de la parte no psicótica de la personalidad.

La tarea del vínculo: contenidos del vínculo en AT

Teniendo en cuenta que en un espacio psicoterapéutico el instrumento privilegiado es la palabra, dentro de un AT prima la palabra y la acción. Es característico de los AT realizar determinadas actividades, que se elaboran en base al proceso general de tratamiento, tienen una coherencia con los objetivos y se construyen a partir del vínculo entre el paciente y el at que van

desde intereses manifiestos y deseos por parte del primero y propuestas dadas por este último. Una primera aclaración sería pensar cuales serían los *intereses* y *deseos*. Podría entenderse que los intereses son aquellas motivaciones concientes del paciente que por diferentes circunstancias internas o externas estarían paralizadas para poder llevarlas a cabo, también estarían ligadas a un deseo inconsciente de aspectos infantiles, que sería un terreno más propicio para indagar en un espacio psicoterapéutico. Al estar ligado el deseo quiere decir que puede estar desligado también, en el sentido que los intereses pueden ser motivaciones explícitas del paciente pero su contenido afectivo no le pertenece. Este último puede darse en relación a un familiar, el equipo terapéutico o el propio at. Los deseos del paciente serían aquellos contenidos internos propicios para la producción y transformación de ciertos aspectos de la subjetividad. El deseo es movimiento psíquico que ligado a un quehacer particular tiene un potencial para armar un proyecto en el orden de la vitalidad subjetiva.

En los encuentros que se dan en un AT *hay tareas estructuradas y tareas espontáneas*. Las primeras pueden ser indicaciones terapéuticas como la toma de medicación, ejercicio físico, la participación en determina actividad pautada por el tratamiento general, como suele darse en las internaciones psiquiátricas y/o domiciliarias, en hospitales de día y centros terapéuticos. También pueden acordarse en el vínculo entre el at y el paciente, donde determinado día u horario realizan sostenidamente una misma actividad. Con respecto a las tareas espontaneas tienen que ver con el uso que realizan el paciente y el at en el tiempo acordado para el AT pudiendo realizar actividades dadas por razones propias de ese encuentro.

En un primer momento el at suele indagar e invitar a pensar junto al paciente posibles tareas que tengan que ver con los intereses de este último. En función de las posibilidades y de la creatividad de ambos se comienza a fabricar elementos, condiciones, materiales, ideas que faciliten la concreción. En este punto puede haber cierta tensión resistencial por parte del paciente que se puede manifestar de múltiples formas, como el no-hacer generalizado, no poder-querer sostener la tarea en el tiempo, el exceso de la fantasía sobre las posibilidades reales de concretar una tarea, espontaneas rupturas o boicots. Esto genera ansiedades en el at que puede reaccionar de diversas formas como sentir que el AT es un fracaso, llevar compulsivamente “cosas para hacer” como defensa ante el vacío, quedar fijado en la fantasía proyectando demandas, condiciones y acomodamientos al equipo terapéutico. El modo de superar dichas resistencias está dada por el análisis de la situación que debe hacer el at junto al equipo terapéutico y a la supervisión, para así poder evaluar y devolverle al paciente una intervención acorde al conflicto, como por ejemplo,

acotar la actividad, bajar las expectativas del proyecto de la tarea, sostener el vacío o dar elementos de la realidad para poder realizarla.

Quisiera detenerme en este último punto ya que existe una línea delgada de “análisis vincular” en relación a las tareas, que se da entre las propuestas del at con su propio deseo y expectativas con los intereses y deseos del paciente. En relación a esto el grupo de supervisión (At.3-At.4-P.3; M.A. D.5) expresa que el at suele tener una *caja de instrumentos* que es propio de su historia subjetiva donde tiene incorporado ciertos conocimientos, recursos y habilidades que suele apelar ante ciertas circunstancias y con determinados pacientes con el intento de favorecimiento de ciertas tareas y problematizaciones. El AT al ser un proceso creativo, -en la interacción vincular- puede que en la conjunción y el armado de las actividades se produzca indiscriminaciones entre lo que favorecería el deseo del paciente y posibles defensas del at que estén operando en el campo: en este sentido, los instrumentos del at podrían actuar como escudo o podría haber una coincidencia entre el deseo del paciente y el recurso del at. El grupo de supervisión considera importante analizar el paraqué en relación a esto. También lo piensan en relación al deseo del paciente. Cuando el at incorpora un objeto determinado, un recurso o un conocimiento propio a aplicar, tal vez, en este movimiento el paciente comienza a usarlo y moviliza un deseo subjetivo, con cierta ganancia de placer sobre esto, sin embargo, ese mismo acto podría obturar el deseo del paciente, que sería del orden de una defensa del at para tapar el vacío de contenidos del AT. En este punto el grupo recalca la existencia de una delgada línea entre no hacer nada para no tapar el vacío o hacerlo para generar interés y movilizar el deseo. Para discriminar esto el grupo considera que el at realiza una *propuesta* y el paciente define *el sentido de la actividad*. Por último, plantean que las actividades se elaboran en función del caso por caso y el mejor ejercicio que tiene el at para desnaturalizar sus recursos y conocimientos es a través de la interrogación permanente. También consideran que el at puede construir actividades a partir de la propia cotidianeidad, interrogándose junto con el paciente cuáles son los recursos disponibles.

En el trabajo con la psicosis los objetivos que suelen proponerse con respecto a la tarea generalmente tienden a ampliar la socialización, a generar independencia y autonomía con respecto a la familia nuclear y a favorecer los aspectos saludables del paciente, integrado en un proyecto de vida a largo plazo. Cuando la tarea tiene que ver con deseos e intereses propios del paciente, suelen sostenerse en el tiempo, tienen el potencial de convertirse en capacidades adquiridas en el sentido de que no es necesario realizarlo dentro del espacio de AT para que el paciente continúe con las

mismas. La tarea que se realiza dentro del AT forma los contenidos que generan una movilidad en espiral dentro del espacio del AT, donde cada una de las actividades tiene un sentido subjetivo para el paciente y una finalidad terapéutica de mayor bienestar-salud o menor padecimiento de la enfermedad.

Pienso que la tarea es propicia también para configurar determinado tipo de relación vincular y no otro. Si pensamos que un AT tiene en su mayoría actividades estructuradas, será diferente a la realización espontánea de lo que va surgiendo en cada encuentro. También se puede pensar que cada actividad puede tender a ciertos configurar ciertos roles estereotipados como el pedagogismo, el psicoterapismo o el asistencialismo (Dozza de Mendonca, 1999). En esta circunstancia el at tendrá que prestar mayor atención para no anquilosarse en una configuración de ese tipo vincular y ocupar el AT a un rol *como sí*.

Por último, si la tarea por momentos para el at tiene contratransferencialmente sensaciones de tipo lúdicas, considero que es un intercambio vincular que indica genuinamente el pensar sobre la tarea con su propio conflicto y de algún modo cierta superación de ansiedades internas obstaculizantes que lleva a una apropiación del espacio y una concreción del propio deseo del paciente.

Algunos conceptos de Pichón-Riviere para comprender el vínculo entre Acompañante terapéutico y paciente.

El campo psicológico interno-externo del vínculo

Si tomamos la idea de *campos psicológicos del vínculo interno y externo* (Pichón Riviere, 1956). Podría conjeturar que el AT se encuentra en cercanía al campo externo, entendiéndose como la relación intersubjetiva entre un yo y un objeto externo en la cual se forma un patrón de conducta más o menos repetitiva tanto en el mundo externo como interno de la relación vincular. En cambio, dentro de un espacio psicoterapéutico psicoanalítico abogaría en concentrar sus fuerzas en el campo interno intrapsíquico, es decir la relación del yo con los objetos del mundo interno para desentrañar un determinado síntoma.

En relación al *campo psicológico* propuesto por Laplanche podrían pensarse estas categorías en el campo de AT, salvando las distancias y divergencias que existen entre el setting

psicoanalítico y este último (Pichón Riviere, 1956, p.62). Teniendo en cuenta el *contorno del campo*, en el AT es de suma versatilidad ya que se instrumenta a partir de la cotidianeidad del paciente y de la sucesión de cada encuentro. La *conducta exterior* es permanente no sólo en el intercambio con el at sino con todos los otros que ingresen al contorno del espacio de AT. A su vez el *aspecto vivencial* es uno de los factores que más se distinguen ya que si en un espacio psicoterapéutico el paciente acude a la *representación experiencial* de ciertos aspectos de su historia, de un determinado suceso que aconteció en la semana o cierta conflictiva con determinado familiar, dentro del campo de AT muchas de estas situaciones se dan en un plano de *presentación vivencial y dramático* sobre el hecho en sí; el proceso conflictivo se entrama en el plano vivencial donde el at, si la situación lo amerita, interviene allí mediante una determinada función, acción o construcción interpretativa. Por último así como la psicoterapia focaliza sobre los productos subjetivos de una tarea problematizada, el AT es problematizador de aspectos subjetivos traducidos en tareas.

La estructura vincular en el AT

Otro concepto interesante de analizar es la noción de estructura vincular entendida como la adjudicación y asunción de roles por medio de identificaciones proyectivas e introyectivas entre el paciente y el terapeuta. Pichón Riviere considera que la asunción del rol se da en base a dos procesos. Por un lado, la asunción consciente y voluntariamente, por el otro, cuando el ambiente o los demás adjudican un determinado rol asumiéndolo de modo inconsciente. En las relaciones sociales permanentemente se da un intercambio entre la asunción y la adjudicación de un determinado rol (1956, p.73).

Si se reflexiona este concepto en el campo de AT podría conjeturar que el at y el paciente asumen un rol explícito dirigido por el tratamiento traducido por medio del encuadre. Esta estructura vincular es una asunción consciente y voluntaria. A su vez en el vínculo se produce un entrecruzamiento de asunciones y adjudicaciones inconscientes de los roles. Si lo pensamos por parte del at consistiría en la construcción que realiza junto al equipo terapéutico de la problemática a abordar en la cual delimita un campo de acción para intervenir y no otro. El armado de hipótesis y objetivos dirige una mirada focalizada sobre el paciente que posiciona al at en un lugar determinado. Desde este foco le adjudicará al paciente contenidos que tenga que ver con sus propias expectativas. Por lo tanto el at debería hacer un trabajo interno con el apoyo del grupo de supervisión y del propio análisis personal acerca de sus propias fantasías en relación al tratamiento y las significaciones que podría depositar en el paciente. Dicho ejercicio tiene como finalidad poder

poner en palabras los contenidos del mundo interno del at en relación al vínculo y hacer conciente las proyecciones que realiza dentro del AT para no actuarlas (o sí, si son pertinentes) en los encuentros con el paciente. Si tenemos en cuenta que la labor en un tratamiento es un espiral en continuo movimiento, todos los emergentes que aparecen en el at están en relación con los emergentes del paciente. A su vez el at se pregunta qué lugar ocupa él en el paciente, en este sentido tiene el trabajo de observar y reflexionar acerca de las adjudicaciones inconcientes que el paciente realiza hacia este. Estas depositaciones son rasgos transferenciales que el paciente proyecta. Por lo tanto si se piensa esta dinámica desde el paciente se podría conjeturar que la adjudicación de roles intervienen aspectos del mundo interno en relación a la transferencia y elementos de la cotidianeidad.

Esto último influye ya que el encuentro vivencial dado en la cotidianeidad presta contenidos para resaltar representaciones vinculares. Es frecuente asociar el AT con un carácter amistoso del vínculo, o se privilegia la representación de contención como aspecto maternal, también se asemeja y a veces se confunde con el rol de profesor, de asistente, de secretario, de terapeuta, de educador físico, etc. Si bien el AT tiene marcadas diferencias, la construcción del rol es un *trabajo artesanal* que visto desde afuera la relación vincular, es como si fuera un amigo, un profesor o un terapeuta.

Por último el rol y lugar que el paciente proyecta sobre el at puede darse en transferencia positiva sublimada o puede ser hostil u erótica. Resalto que también pueden ser transitorias y móviles. La primera permitiría desarrollar el proceso de AT, las últimas obstaculizan la dinámica vincular ya que una excesiva desconfianza o una sobre-idealización actúan a modo de resistencias en el tratamiento en general. El instrumento que tiene el at para destrabar dichas resistencias consiste en triangular la transferencia recurriendo a un tercero, que sería el terapeuta encargado de indagar los aspectos intrapsíquico del paciente que obstaculizan el vínculo con el at.

Como expresaba anteriormente el rol corre bajo el influjo de los procesos de identificación proyectiva e introyectiva. Pichón Riviere plantea que una predominancia de identificación introyectiva remite a una confusión entre la historia personal y la situación dada, reforzando la emoción del momento, supongamos una situación angustiosa. En cambio una predominancia del mecanismo de identificación proyectiva hay una distancia entre la persona y la situación que permite pensar el momento. Una parte de la persona misma mantiene cierta distancia de otra parte de la misma persona que se atreve a meterse en la situación. La emoción es devuelta cuando la persona percibe lo que le está sucediendo allá. Esto permite que la persona este tranquila en una situación más o menos angustiosa. Si la identificación proyectiva fracasa emerge un sentimiento de

indiferencia, entendida como la imposibilidad emocional de colocarse allá. Esto puede deberse al fracaso de asumir el rol o un bloqueo emocional que imposibilite el aspecto empático (1956, pp.73-78).

En el campo del AT, el at intenta observar cuál es el rol que el paciente le adjudica ya sea un amigo, jefe, padre, secretario, profesor, debiendo asumir dicho rol que el paciente le adjudica para comprender el tipo de vínculo que el paciente quiere estructurar. Pichón Riviere plantea que, en las terapias de apoyo (no psicoanalíticas) donde el terapeuta asume un rol conciente o inconscientemente de la misión que el paciente le adjudica, se cierra la estructura vincular en un círculo vicioso, ya que el que sigue dirigiendo la situación es el paciente. En este sentido, no se lleva a cabo un esclarecimiento de la problemática sino una repetición. Sin embargo aclara que esta repetición puede ser beneficiosa porque si la experiencia pasada del paciente con otro personaje fue negativa, puede en el presente rectificarse, en la medida en que le adjudique un rol bueno al terapeuta, éste le proporcionará una experiencia actual, que puede rectificar la situación de frustración anterior y modificar su condición considerablemente (1956, p.78). Esto cobra vigencia en el AT como un instrumento potencial a ser adjudicado a múltiples roles tanto por el paciente como por el contexto, pensemos ante el delirio súbdito que puede aparecer en una determinada situación, utilizando un discurso de corte, como función paterna, o el sostén al desamparo emocional del paciente como discurso materno o el lugar cómplice, de secretos y creación lúdica del espacio como lugar amistoso. Lo que concierne al at es indagar que rol y lugar ocupa como intento de realizar un viraje de lo inconsciente a lo conciente sobre el rol a que es llamado, para apropiarse transitoriamente e intervenir desde esa función y discurso.

Por último, me pregunto qué sucede cuando el at es ubicado en un lugar mortífero. Si actúa el rol, ¿no quedaría atrapado en un vínculo no-terapéutico, como por ejemplo en el secreto cómplice del adicto o en el personaje malo-persecutorio de la psicosis? En estas situaciones el at tiene el resguardo y contención del equipo terapéutico, la supervisión y el encuadre para poder dar cuenta y no actuar determinados roles que el paciente puede adjudicar por transferencia. Con este panorama el at tiene que atender a sus propias defensas ya que si es ubicado en un lugar mortífero, puede que estire la brecha vincular con una marcada distancia que se vivencie con sentimientos de indiferencia hacia la problemática. A su vez si el dispositivo de contención para el at no está lo suficientemente instalado, puede que no baste las propias defensas inconcientes del at y lleve a que asuma el rol depositado como actuación de la contratransferencia, puede también que se desborde del rol invadiéndose de angustia parasitando el vínculo terapéutico o puede que recurra a un acting sobre el encuadre anulando o abandonando al paciente.

La teoría de las tres D en el AT

El último concepto que quisiera desarrollar de Pichón Riviere es acerca de la teoría de las tres D (depositante, depositario, depositado) (1956, p.109). Acudiendo a este concepto en el campo del AT pensemos como depositante al paciente y depositario al at. Parafraseando a Pichón, la actitud del at debe ser como la de un recipiente abierto a cualquiera o para cualquier cosa, dispuesto a controlar y cuidar lo depositado en él. No como proceso mecánico, sino un hacerse cargo de lo depositado en él. Para ello el paciente adjudica un rol y el at lo lleva a cabo y se hace cargo de él. En el proceso terapéutico las depositaciones confluyen en un *espiral dialéctica* donde uno adjudica y el otro asume, cuando llega a una síntesis de los dos roles dan un carácter de comportamiento singular tanto del paciente como del vínculo considerado.

Los aspectos psicóticos y no-psicóticos en el vínculo Acompañante Terapéutico- Paciente

Teniendo en cuenta el campo de las psicosis, dicho en modo general, contempla la aparición de posibles cambios espontáneos del afecto, presencia de delirios, alucinamientos, sensaciones de despersonalización y/o extrañamiento de sí mismo y el mundo circundante, etc. En síntesis son fenómenos dados por una perturbación en relación al Yo con la realidad. Estos fenómenos son propios de la personalidad psicótica de la personalidad, caracterizados según Bion por la intolerancia a la frustración, al dolor mental y la incertidumbre, con un predominio de impulsos destructivos, un odio al mundo interno y externo, con temor de aniquilación con relaciones de objetos precipitadas y prematuras. La psicosis utiliza como mecanismos privilegiados la IP patológica y el *splitting* masivo, tiene ataques a sí mismo sobre todo al pensamiento, donde la percepción y los vínculos con los objetos aparecen de modo fragmentados. Siguiendo el lineamiento de Bion el AT interviene a modo de funciones interpretativas como un *continente-contenido* de dichos fenómenos. La intervención del at debe atender como continente de los contenidos de la parte de la personalidad psicótica, en el resguardo de la subjetividad del paciente. En este sentido, el at recoge los objetos fragmentados, trata de darle un sentido y los devuelve de modo organizados, elaborados y metabolizados, libres de sus componentes persecutorios y destructivos. La intervención tiene en cuenta la cualidad y la fuerza cuantitativa del mismo, como así también hacia quién o qué está relacionado el fenómeno. De este modo, el continente variará en función de este registro situacional. A veces será necesario alojarlo a través de la escucha, otras veces si es

expansivo deberá acotarse. Si hay señales de un peligro real ya sea para el paciente, para un tercero o el propio at, será necesario realizar una indicación directiva cuidando la confianza del vínculo. A medida que el at realice acercamientos comprensivos de los fenómenos, podrá devolverle un sentido a modo de interrogación o intervendrá con elementos que organizan al paciente a través de tareas específicas, o palabras tranquilizadoras propias de un código vincular en común. Si bien la función de continente son intentos de organización y síntesis del pensamiento caótico y fragmentado de la psicosis, el pasaje a una superación del mismo no es factible, dado que el involucramiento a una mayor comprensión de la realidad psíquica implica enfrentar al paciente con el sufrimiento doloroso de la pérdida de objetos propio de la PD. La psicosis en sí, perturba las funciones de síntesis de los pensamientos, estos más bien tienen forma de aglomeraciones, la IP y el splitting son sustituidos por el mecanismo de la represión. Por lo tanto, en el campo del AT debe darse un lugar para alojar los fenómenos psicóticos y en caso de ser necesario intervenir activamente para *amparar y contener* la subjetividad del paciente.

Como se especificó en el marco teórico en la estructura psicótica hay una predominancia de la personalidad psicótica sobre la no-psicótica. Una primera hipótesis llevaría al planteo dado por diversos autores como Solimano (2007) y Erroteta (2009) quienes consideran que el trabajo en la clínica de la psicosis radica en comenzar con los aspectos más integrados del paciente, es decir con la personalidad no psicótica. Esta se caracteriza por la capacidad de combinar pensamientos entre sí, de crear símbolos y lenguajes, el acceso a la realidad interna y externa, el equilibrio de los impulsos libidinales y destructivos, la utilización de la angustia en forma creativa, el sentido común, la tolerancia a la frustración y la capacidad de conformar solidas y estables relaciones sociales. El AT es un potencial en esta línea ya que su modo de intervenir se centra en el accionar de tareas concretas que tengan una finalidad para el paciente, por medio de ellas el paciente reflexiona, planifica, ejecuta y promueve acciones que tengan que ver con su propio deseo. La tarea conlleva el *acompañamiento creativo* sobre estas, lo que hace que se establezcan símbolos y lenguajes propios alrededor de la misma. A su vez el AT mediante el acceso a la cotidianeidad tiene una *participación activa* junto al paciente en la indagación y posibles transformaciones de ciertos aspectos de su realidad externa, que puede ser significativo en la producción de cambios internos. Por otra parte, con respecto a la impulsividad y la tolerancia a la frustración puede el at mantener cierto equilibrio, estableciendo una función de *barrera de contacto externa al Yo* del paciente, en el sentido de ser otro, que pueda frenar, acotar y modificar la impulsividad mediante intervenciones anticipatorias, de corte y sostén. A su vez el AT en el proceso terapéutico tiende a ser una figura estable para el paciente, donde está predispuesto a tolerar las múltiples depositaciones de ataques al vínculo,

logrando solidificarlo y posibilitando ampliar el mundo de relación social del paciente. Estas intervenciones podrían llevar a un ensanchamiento y mayor protagonismo de la parte no psicótica de la personalidad como *contención* y *resguardamiento* de la parte psicótica de la personalidad.

Acompañante terapéutico y equipo terapéutico (Matriz B).

Equipo Terapéutico Numero 1 (At.1- Psiquiatra)

D1, D2, D3, D4, D5: At.1-psiquiatra.

No se observan reuniones de equipo terapéutico durante el periodo de recolección de datos de los encuentros mencionados.

Equipo terapéutico Número 2 (At.2- Psiquiatra)

D1:At.2-psiquiatra

| Equipo Terapéutico | Temática de la reunión. | Modalidad de la reunión. | Conclusiones, estrategias, planificación. | Sentimientos del at | Conflictos intra-equipo |
|--------------------|--|--------------------------|--|----------------------------|--|
| 2_At.2-P.2 | Situación de urgencia de ideas suicidas del paciente | Telefónica, espontanea | Intervención específica: que el paciente ponga en palabras la problemática | Inseguridad, incertidumbre | Falla función de sostén. Diferencias en la forma de pensar las intervenciones. |

La reunión de equipo surge a partir de una situación de urgencia producida en el espacio del AT. La familia le comenta al at que encuentran notas del paciente que hablan de ideas de muerte. Esto lleva a que el at se comunique por teléfono con el psiquiatra para informar la situación. El equipo terapéutico indica una estrategia de intervención: “no hablar directamente con el paciente sobre las notas si no indagar el tema por otros lados”. Al siguiente encuentro el at interviene a partir de la indicación del equipo terapéutico y el paciente no habla sobre el tema directamente. Luego el at llama por teléfono al psiquiatra y este le comunica que el paciente y la familia no fueron al tratamiento. Durante la coordinación el at siente que toda la información pasa por él y siente que se hace cargo del paciente. Por la situación de urgencia que observa y al no ir el paciente a tratamiento el at se siente que trabaja en un terreno incierto e inseguro.

En el espacio de coordinación el at expresa reiteradamente que según su punto de vista la familia debería hablar con el paciente acerca de las notas, marcando la diferencia con el criterio del psiquiatra en el modo de intervenir. A su vez manifiesta que si él fuera el terapeuta a cargo del

paciente accionaría de otro modo. Interviniendo con la familia y teniendo mínimo tres sesiones semanales con el paciente.

La coordinación sugiere que hable el at por teléfono con el psiquiatra en ese momento para evaluar como sigue el AT y para proponer una reunión. El at accede, llama y acuerdan una reunión de equipo.

D2: At.2-Psiquiatra-Coordinador

| Equipo Terapéutico | Temática de la reunión. | Modalidad de la reunión. | Conclusiones, estrategias, planificación. | Sentimientos del at | Conflictos intra-equipo |
|--------------------|---|--------------------------|--|----------------------------|-------------------------|
| 2_At.2-P.2 | Preocupación por el tratamiento y el AT, situación de riesgo suicida del paciente | Cara a cara | El psiquiatra habla con la familia, indaga sobre las ideas de muerte del paciente. El at interviene suspendiendo el AT hasta que reinicie el tratamiento | Tranquilidad Cansancio. | Ruptura del equipo |

La reunión se realiza por pedido del at. En ella participan el psiquiatra, la coordinadora y el at. La temática que se plantea es indagar la situación de riesgo del paciente y analizar las diferentes posibilidades de intervención en el tratamiento en general y el AT en particular.

En la reunión se acuerdan ideas y se toman medidas concretas en función del análisis del paciente, tales como:

- Evalúan la posibilidad de internar al paciente en caso de que el mismo se ausente del tratamiento psiquiátrico.
- Acuerdan en que el AT se suspende hasta que el paciente reinicie el tratamiento psiquiátrico.
- Plantean estrategias para que el paciente reanude el tratamiento psiquiátrico. El psiquiatra habla con la familia y el at indica al paciente la suspensión del AT si rescinde el tratamiento psiquiátrico.
- El at entrega informes del AT.

Luego de la reunión, durante el encuentro de AT, el paciente muestra las notas al at y conversan acerca de las ideas suicidas por parte del paciente. El at le informa lo sucedido al psiquiatra y este habla con la familia indicándoles que inicien una citación de pre-judicialización en la cual interviene un equipo de psiquiatría donde evalúan la situación y consideran si es para internación o no. Ese mismo día el equipo va a la casa del paciente e indican la internación. A la semana siguiente el psiquiatra le comunica al at que cierra el tratamiento psiquiátrico del paciente por problemas personales. Continúa a cargo del tratamiento un psiquiatra del internado. Esta acción del psiquiatra no es bien vista por parte del at, expresa que “no le gustaba” el modo de trabajo del psiquiatra y piensa que si se conforma un nuevo equipo puede tener otro modo de trabajo.

D3: at.2-psiquiatra (internación)

| Equipo Terapéutico | Temática de la reunión. | Modalidad de la reunión. | Conclusiones, estrategias, planificación. | Sentimientos del at | Conflictos intra-equipo |
|--------------------|--|--------------------------|--|---------------------|--|
| 2_At.2-P.2 | Primera reunión. Presentación. Interrogante de cómo seguir el AT | Cara a cara | El AT es el hilo de continuidad entre el anterior tratamiento y el actual. | Rechazo Despedida | Construcción del equipo vs cierre del tratamiento. |

El paciente se encuentra internado. La dirección del tratamiento que incluye el AT está a cargo de un nuevo psiquiatra que dirige la internación. El at se reúne con el psiquiatra y este le expresa que el AT debería seguir ya que es “el único hilo que hay”. También le comunica que cuando el paciente sea dado de alta en la internación, pasaría otro terapeuta al tratamiento. El at se encuentra con el paciente y siente rechazo ya que el paciente le manifiesta que sería el último encuentro de AT debido a que se ocuparía él solo de su problemática. La familia le expresa al at que no saben cuál va a ser el terapeuta luego de la internación y que estaban pensando en la posibilidad de acudir a otro centro de asistencia.

La coordinación señala que el tratamiento se está desdibujando y que en este momento el AT tiene un sentido como nexo y como una figura que permanece en relación a estos cambios, sin embargo, considera que el rechazo en el vínculo por parte del paciente revela que el AT no tiene “desde donde sostenerse”. A su vez subraya que al finalizar el periodo de internación, cambiaría nuevamente el terapeuta y por lo tanto no se sabe si trabajaría con AT.

La coordinación plantea el cierre de AT debido a que no están las condiciones dadas para continuar, al no existir una planificación con estrategias y objetivos de AT. El at acuerda con la coordinación y propone comunicarlo al psiquiatra, la familia y el paciente. El at siente que el paciente en el último encuentro se estaba despidiendo de él y remarca que si no le encuentra sentido al AT lo finalizaría.

D4: At.2-P.2-psiquiatra (internación)

| Equipo Terapéutico | Temática de la reunión. | Modalidad de la reunión. | Conclusiones, estrategias, planificación. | Sentimientos del at | Conflictos intra-equipo |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 2_At.2-P.2 | El sentido del AT | Cara a cara | Continuar el AT dentro del periodo de internación. | Confusión. incertidumbre | Construcción del equipo. |

El at se reúne con el psiquiatra para indagar el sentido del dispositivo. El psiquiatra considera que el AT tiene que seguir ya que el paciente expresa preguntas solamente en relación a este. Para el at este objetivo no es claro, lo interpreta como una presencia. La coordinación acuerda en que el AT sería lo único que sostiene una idea de tratamiento. El at rescata el sentido que le da el psiquiatra y expresa que el AT es un misterio con respecto a cómo va a seguir en un futuro. La coordinación señala que el equipo terapéutico dice algo del AT, que le da un lugar en el marco del tratamiento. El grupo de coordinación piensa en que el sentido del psiquiatra tiene un tiempo para el AT ya que cuando el paciente sea dado de alta de la internación, cambia el terapeuta y con ello cambia el sentido de tratamiento. La coordinación considera que al ser un paciente con riesgo de vida, si no hay nadie a cargo del tratamiento el at queda expuesto a un grado de indefensión y desprotección igual que el paciente. El grupo llama la atención acerca de la discontinuidad del equipo terapéutico y conjetura que la situación de riesgo de vida del paciente produce mucha angustia e impotencia para trabajar. Concluyen que abordar determinados tipos de pacientes genera un desgaste, donde un mismo profesional no puede sostenerse mucho tiempo a cargo para seguir del mismo modo.

El at recuerda que un enfermero de la internación le dice “como lo aguantas” refiriéndose al paciente. Y repasa los cambios de psiquiatras y tratamientos en que algo del orden de no hacerse querer genera el paciente hacia los otros.

Equipo Terapéutico Número 3: At.3-At.4-Psiquiatra

D1: At.3-At.4-Obra Social

| Equipo Terapéutico | Temática de la reunión. | Modalidad de la reunión. | Conclusiones, estrategias, planificación. | Sentimientos del at | Conflictos intra-equipo |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|---|---------------------|-------------------------|
| 1_At.4-At.4-P.3 | Evaluación | Cara a cara | | enojo | Intromisión |

At.4 plantea en el espacio de coordinación acerca de una reunión que se dio en la obra social. En la reunión participa la at, el paciente, su madre y la asistente social. El objetivo de la reunión era presentar las facturas del acompañamiento y de la alimentación. La asistente social pregunta acerca de la medicación, por el acompañamiento terapéutico y por último plantea porqué el paciente duerme en la misma cama con su madre indicando un mes de plazo para que el paciente se mude a otra habitación. En caso de no realizarlo se suspendería la entrega de los pagos para la medicación y el AT. La acompañante se incomoda porque no estaba preparada para hablar en la reunión. El paciente y su madre ante la indicación se enojan y angustian. La asistente social señala que el AT está pensado tanto para el paciente como para su madre. Desde ese lugar la familia plantea que las ats tienen que acompañar a la madre a realizar diferentes actividades. Las intervenciones de la obra social producen enojo en las ats. La coordinación sugiere una reunión inmediata con la psiquiatra para hablar sobre la decisión de la obra social para evaluar como intervenir. Considera importante la reunión con el psiquiatra ya que excede el rol de AT tomar una decisión con respecto a lo acontecido. También señala que las ats, luego de la reunión con el psiquiatra, pueden pedir una entrevista con la asistente social con el objetivo de aclarar el encuadre y discriminar cuestiones en relación al rol.

D2: At.3-At.4-psiquiatra.

No se observan reuniones de equipo terapéutico durante el periodo de recolección de datos de los encuentros mencionados.

D3: At.3-At.4-Psiquiatra.

Las ats plantean emergentes que hacen al vínculo con el paciente, como la situación en relación al no ingreso de la casa en que el paciente no atiende a la at, y no escucha los llamados telefónicos. La coordinación pregunta si tuvieron la reunión de equipo terapéutico, semanas antes sugerida. La ats expresan que se comunicaron y la psiquiatra estaba ocupada, por ello quedó en llamar por teléfono, pero no habló y por lo tanto no hubo reunión. La coordinación señala que se

está dilatando mucho la reunión y recuerda la situación con la obra social que ameritaba una reunión de carácter urgente. La coordinación subraya lo que sucedió entre el paciente y su madre cuando apareció la intervención de la obra social, pensada como disruptiva tanto para la relación entre el paciente y su madre y la relación del paciente con las ats. En este sentido, observa una resistencia a abrir el espacio vincular del AT, “que entre alguien como el terapeuta”. Equipara la relación cerrada entre el paciente y la madre, con la modalidad vincular entre el paciente y las ats en el cual se ensamblan y no puede ingresar nada nuevo, ningún otro, ningún tercero.

D4: At.3-At.4-psiquiatra.

| Equipo Terapéutico | Temática de la reunión. | Modalidad de la reunión. | Conclusiones, estrategias, planificación. | Sentimientos del at | Conflictos intra-equipo |
|--------------------|---|--------------------------|---|------------------------|--|
| 3_At.3-At.4_P.3 | Repaso del AT. Conflicto con la obra social | Cara a cara | Hablar con la obra social. Pedido de fisioterapeuta. Reunión con la familia. Disminución de la medicación | Satisfacción Contentos | Reuniones sistemáticas vs reuniones esporádicas. |

En la reunión se realiza un intercambio de ideas en relación a los recorridos históricos del dispositivo de AT y de tratamiento psiquiátrico. Las ats informan la intervención de la obra social y la psiquiatra recalca que estos debieron preguntar ya que “hay todo un grupo trabajando”, coincidieron en que la forma de intervención por parte de la obra social no era adecuada y la psiquiatra se compromete a llamar para señalar que consulten previamente si planean realizar otras intervenciones futuras. Las ats expresan que el paciente tiene muchos dolores físicos y plantan la posibilidad de incluir un tratamiento fisioterapéutico. La psiquiatra está de acuerdo y propone llamar al centro de asistencia social para realizar el pedido. Concluyen que observan mejorías en el paciente, la psiquiatra propone disminuir la medicación. La coordinación considera que la psiquiatra está dispuesta y comprometida y propone sistematizar las reuniones de equipo terapéutico.

Equipo terapéutico Número 4: At.3a-psiquiatra

D1, D2, D3, D4, D5

No se observan reuniones de equipo terapéutico durante el periodo de recolección de datos de los encuentros mencionados.

Equipo terapéutico Número 5: At.4- psiquiatra

D1, D2, D3, D4, D5

No se observan reuniones de equipo terapéutico durante el periodo de recolección de datos de los encuentros mencionados.

Equipo Terapéutico Número 6: At.5- psiquiatra

D1, D2, D3, D4, D5

No se observan reuniones de equipo terapéutico durante el periodo de recolección de datos de los encuentros mencionados.

Equipo Terapéutico Número 7: At.5- psiquiatra

D1, D2, D3, D4, D5

No se observan reuniones de equipo terapéutico durante el periodo de recolección de datos de los encuentros mencionados.

Características Generales del Equipo Terapéutico en el AT

El equipo terapéutico. Roles, organización y funciones

En un AT es indispensable el trabajo grupal del equipo terapéutico. Sin este la mayoría de los teóricos en la temática acuerdan que es un acompañamiento pero carece de ser terapéutico. En su expresión mínima está conformado por un terapeuta que puede ser un psiquiatra, un psicólogo o un médico encargado de la dirección del tratamiento y un at. Se agregan al equipo todos aquellos agentes de salud que estén vinculados con el trabajo terapéutico del paciente. De los datos recopilados los equipos están conformados en:

- AT- psiquiatra.
- AT- psicólogo.
- AT-At-psiquiatra.

En el equipo terapéutico los roles son asimétricos en el cual las decisiones en relación a la dirección del tratamiento es tomada por el terapeuta a cargo del paciente. El encuadre, los objetivos y la estrategia son debatidos y consensuados en conjunto por el equipo terapéutico.

En cuanto a la organización grupal están las reuniones de equipo. Estas suelen planificarse periódicamente o suelen pactarse esporádicamente ante determinadas situaciones puntuales, como por ejemplo cuando se redefine aspectos del encuadre, para pensar cierta problemática específica que suscita en el AT o ante urgencias. Los encuentros pueden darse por medio de llamadas telefónicas, vía mail o cara a cara. También el equipo suele acordar la entrega de informes periódicos del trabajo en AT.

Cuando se inicia un AT comienza la conformación del equipo terapéutico. En ella suele presentarse la problemática del paciente que se podría agrupar en relación al diagnóstico, historia del tratamiento, el tipo de tratamiento y las especificaciones del pedido de AT. Durante este periodo inicial el equipo terapéutico suele diagramar el encuadre, los objetivos iniciales, la modalidad y algunas posibles estrategias de intervención. A su vez paralelamente el at suele llevar a cabo los primeros encuentros con el paciente. A medida que el equipo se reúne periódicamente se construye un modo de trabajo grupal subjetivo.

Los AT que se expresan en las reuniones de coordinación están en un periodo avanzado. Pero se podría conjeturar que la modalidad formal del inicio del acompañamiento está instalada. Los tratamientos son psiquiátricos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. La modalidad del AT

es domiciliaria, tienen actividades pautadas y estrategias previamente analizadas por los equipos terapéuticos.

La función del equipo terapéutico puede pensarse en relación a dos instancias. Por un lado tiene una *función de sostén* que ampara la intervención del at en el campo vincular con el paciente. Por otro lado tiene una *función de terceridad* que se instrumenta ante situaciones trasferenciales de rechazo del paciente en el vínculo con el at o ante demandas excesivas del paciente y/o la familia dirigidas en el campo del AT.

El Equipo Terapéutico como Grupo de Trabajo y Grupo de Supuestos Básicos

En todo grupo existen dos niveles de funcionamiento, que produce un movimiento permanente entre una actividad transformadora de la realidad y una tendencia a la regresión al servicio del principio del placer. Se podría pensar el equipo terapéutico en relación a estos dos tipos de tendencias: una dirigida a la realización de la tarea y otra que parece oponerse a ella.

En principio el equipo terapéutico dentro del dispositivo de AT tiene una tarea manifiesta: pensar grupalmente el encuadre, los objetivos explícitos y las estrategias de abordaje en el AT. A su vez la actividad está centralizada en el material del paciente. Por otro lado la tarea conlleva ansiedades, defensas y deseos que pueden posibilitar u obstaculizar la tarea manifiesta. Bion agrupa estos comportamientos primarios bajo el nombre de supuestos básicos.

El proceso del equipo terapéutico número 2 (M.B; D1, D2, D3, D4), evidencia estas fuerzas opositoras. Las primeras reuniones de equipo suceden de modo esporádico por medio de comunicaciones telefónicas. Culminan en sentimientos de aislamiento (el at siente toda la carga del paciente) y confrontaciones no verbalizadas directamente (el at se imagina en el lugar del terapeuta indicando otras intervenciones). El material del paciente queda relegado y prevalece la sensación de frustración y disconformidad del at hacia el equipo terapéutico obstaculizando la tarea de pensar al paciente. Prima en el equipo el *supuesto básico de ataque-fuga* donde el psiquiatra sería un enemigo que pone en peligro al paciente y al at, vía identificación proyectiva. El instrumento que tiene el at para metabolizar las ansiedades es el espacio de supervisión. En esta situación es un continente de las ansiedades que se generan en el equipo terapéutico⁵.

Durante la segunda reunión del equipo en la cual integra el at, el coordinador y el psiquiatra, el sentimiento grupal es otro. Tanto el coordinador como el at expresan sentir

⁵ A su vez la coordinación en determinadas problemáticas puede ser partícipe del grupo del equipo terapéutico, atendiendo a una función específica como se verá más adelante.

tranquilidad en cuanto a la reunión en sí y a las medidas que se consensuaron. La reunión produjo modificaciones y acciones concretas con respecto a la problemática. Los roles y las funciones esclarecidas permitieron planificar e implementar intervenciones específicas. De este modo el grupo evalúa y toma medidas en función del criterio de realidad de la situación. Teniendo en cuenta la participación de la coordinación, el encuentro cara a cara y la previa metabolización de las ansiedades del at por vía de las supervisiones, el equipo terapéutico funcionó predominantemente como un *grupo de trabajo*. Asimismo puede pensarse que el *equipo-continente* permite deliberar ideas y planificar una estrategia en conjunto de tal modo que la intervención del at con el paciente sea una *intervención-grupal*.

Luego de la reunión de equipo, hubo un encuentro entre el at y el paciente que desencadenó la intervención de máxima urgencia y la posterior internación. Seguido a esto, se produce la ruptura del grupo de equipo terapéutico con la fuga de uno de sus miembros (psiquiatra). Supone que el clima emocional que generó la problemática del paciente no fue suficientemente elaborado intra-grupo produciendo la ruptura no sólo del equipo sino también del *proceso terapéutico*. Si se piensa en relación al grupo de *supuestos básicos* la carga de ansiedades que se depositaron en el equipo, estalló por la huida de uno de sus miembros.

En este acompañamiento se conforma un nuevo equipo ingresando provisoriamente un nuevo psiquiatra, encargado de la internación. El objetivo y la estrategia se esbozan en el grupo adjudicando un sentido al AT como un nexo y una figura que permanece en relación a los cambios en el tratamiento y los miembros del equipo. El equipo se encuentra en un momento inicial donde predomina la conformación en si misma del grupo. La contracorriente estaría dada por el tiempo limitado ya que el grupo permanecerá mientras dure el periodo de internación. Esto tiene sus efectos ya que el equipo terapéutico no responde a una idea de *proceso terapéutico*, lleva a una *fragmentación* en la cual, el dispositivo de AT es la única ligadura. En este momento el AT no tiene un equipo como *sostén-grupal* que contenga el vínculo entre at-paciente y permita pensar el AT más allá de la inmediatez de cada encuentro. El espacio de coordinación si bien es un continente del AT no tiene la facultad de direccionar el tratamiento en general, por lo tanto ambos grupos (coordinación y equipo terapéutico) funcionan como continentes del AT, pero no son interconvertibles. La coordinación considera cerrar el AT debido a que no están las condiciones dadas para continuar. En síntesis el trabajo grupal en equipo es fundamental para poder intervenir terapéuticamente en el espacio de AT.

La última reunión de equipo terapéutico se reitera el sentido de AT, sin embargo el at comienza una retirada del tratamiento por el grado de exposición e indefensión que siente en la

modalidad de trabajo. El grupo de coordinación contiene y procesa el comienzo del cierre entre el at y el paciente y remarca la discontinuidad del equipo terapéutico en el tratamiento pensando en la angustia e impotencia que hay que soportar para trabajar con dichas problemáticas.

También en el equipo terapéutico número 3 (M.B; D1, D3, D4) se pueden observar diversos niveles de funcionamiento grupal. Por ejemplo, la intervención de la obra social con el paciente y la familia genera un sentimiento intromisionante hacia el tratamiento. Las ats en representación del equipo terapéutico ubican a la obra social en el lugar de un enemigo que pone en peligro el tratamiento y por lo tanto sienten un ataque, por un lado al grupo de equipo terapéutico (destrucción de la estrategia terapéutica), por otro lado a la relación entre ats-paciente-familia (el odio y enojo se proyecta al espacio del AT). La coordinación deposita las ansiedades persecutorias en una reunión inmediata con el equipo terapéutico. Este es situado en un *supuesto de dependencia* donde la psiquiatra tiene la protección del AT y el poder de encausar el tratamiento.

Un tiempo después las ats llevan una problemática en relación a desencuentros entre at-paciente. La coordinación pregunta si se realizó la reunión de equipo. Ante la respuesta negativa se interpreta que hay una *resistencia* a abrir el campo vincular más allá de la relación at-paciente. Las vivencias simbióticas en el AT, ya sea por la alineación defensiva proyectando odio y enojo hacia la obra social o el cerramiento al ingreso de un tercero, produce una escisión en el tratamiento partiendo el equipo terapéutico. La coordinación visualiza esta dinámica vincular y reitera la sugerencia de reunirse con el equipo.

Luego de la intervención de la coordinación las ats se reúnen con el equipo terapéutico. En la misma fluye un intercambio de ideas, historizan el tratamiento, proponen intervenciones en el campo del AT, con el tratamiento psicofarmacológico y amplían la mirada del paciente. El equipo acuerda en que la intervención de la obra social fue inadecuada. El equipo está al servicio de la tarea que los convoca funcionando a predominancia de *grupo de trabajo*.

Por último se observa que los demás AT (equipos terapéuticos número 1,4 5 y 6) no expresaron ideas en relación al equipo terapéutico. Teniendo en cuenta que la investigación es horizontal y se recabaron datos en un periodo de tiempo limitado, se podría hipotetizar que un marcado distanciamiento de las reuniones de equipo terapéutico produce una escisión grupal en la cual la coherencia inter-tratamiento esta obstaculizada por experiencias emocionales y ansiedades primitivas subyacentes no elaboradas. También se puede conjeturar que junto a la defensa predomina en los miembros del equipo la fantasía omnipotente de “curar” el paciente de forma

individual. Nuevamente el instrumento del at para poder desentrañar la estrechez vincular sería el espacio de supervisión y la terapia individual.

Si se piensa el trabajo con psicopatologías en el orden de las psicosis, el equipo terapéutico tiene que idear instrumentos que permitan trabajar con los propios aspectos psicóticos de la personalidad de cada miembro del grupo. El encuentro con pacientes que padecen de psicosis, reactualiza sensaciones, sentimientos y defensas primarias en el equipo terapéutico. El equipo puede tener una marcada escisión en el pensamiento grupal con respecto al tratamiento, con fantasías de omnipotencia, puede funcionar predominantemente vía identificación proyectiva poniendo sentimientos de odio, bronca y persecución en otro significativo de la relación equipo-paciente como la familia o la comunidad cercana. También puede defenderse de las ansiedades psicóticas a predominancia de introyecciones, teniendo una sensación de sobre-comprensión del paciente.

Estos aspectos pueden ser leídos como reacciones contratransferenciales que pueden desembocar en actuaciones. El modo de desentrañar y elaborar dichos aspectos inconcientes tiene un punto de encuentro en la interrelación del equipo terapéutico, la coordinación y la terapia individual. El primero es el más difícil de trabajar ya que es el centro del conflicto y es necesario una apertura teórica de cada miembro que desmonte los clichés formales de las reuniones y un proceso de trabajo grupal que lleva un tiempo considerable. El segundo espacio es propicio fundamentalmente para el at, ya que la supervisión crea las condiciones necesarias para que el mismo pueda expresar libremente los conflictos que suscitan en las relaciones de AT. El tercer espacio supone mayor apertura, por un lado al incluir los conflictos no verbalizados en la supervisión por las resistencias transferenciales que también se recrean en ese ámbito y por otro lado, supone una mirada personal entre la propia historia del sujeto y las relaciones laborales de equipo, supervisión, con el paciente, la familia y la comunidad circundante.

Por último, quisiera recalcar el pensamiento del Grupo Sygma (2010), quienes plantean que es frecuente el malentendido que suele darse a la utilización de los conceptos de SB y GT en el cual se les atribuye un carácter valorativo “negativo” al primero y “positivo” al segundo. De este modo plantean que ambos no son ni negativos, ni positivos, más bien, inevitablemente existentes. Por lo tanto el at tiene la facultad de instrumentalizar dichos funcionamientos a través de los circuitos comunicativos entre el AT y el Equipo Terapéutico y la Supervisión.

Acompañamiento Terapéutico- Supervisión (Matriz C).

D1: At.2-coordinacion. (P2)

El grupo de coordinación luego de escuchar el emergente plantea interrogantes en relación al equipo terapéutico como qué se va a hacer con la situación planteada, cómo se piensa y qué pasa si surge algo en el AT. Resalta la preocupación que genera en orden a las responsabilidades de cada uno y sugiere una reunión de equipo terapéutico en la cual el at trasmite el emergente en relación al aspecto legal, al momento que transita el paciente y a la evaluación de la situación de riesgo.

La coordinación hipotetiza que alguien tiene que “tomar el timón” de mando de la situación y sería el at desde esta perspectiva quien percibe aparentemente un riesgo real del paciente. La coordinadora propone participar de la reunión de equipo terapéutico. El at está de acuerdo.

El at siente confusión acerca de qué tiene que plantear en la reunión de equipo. La coordinación esclarece las ideas indicando el sentido de la reunión. Le sugiere al at que llame por teléfono al psiquiatra, plantee la situación de riesgo del paciente, la preocupación en la responsabilidad legal, indagar acerca de si el AT sigue igual o cambia la estrategia. La coordinación organiza el discurso y contextualiza la información que aporta el at al expresar que en otras situaciones similares donde el paciente asiste frecuentemente al consultorio se suele discutir en el equipo el aumento en la frecuencia del AT y de las reuniones. Remarca que en este AT el paciente no está yendo a tratamiento y por lo tanto el AT pierde sentido y se ubica en un lugar de exposición. Considera que el AT en esta situación no puede ser el único espacio terapéutico porque si no quedaría “en un lugar de mucha exposición sosteniendo la ilusión de que con eso alcanza”.

La coordinación remarca el lugar de exposición, el riesgo y la responsabilidad que implica trabajar con un paciente en riesgo, siendo el acompañamiento el único espacio terapéutico. Advierte que en esta situación “de ningún modo puede ser el acompañante, tiene que ser el equipo el que tome al paciente”.

La supervisión discrimina entre lo que siente el at en relación a la situación y lo que podría hacer el at en la reunión. Considera necesario el espacio de supervisión para que el at se pueda sostener y que pueda expresar los sentimientos asociados. A partir de allí la supervisión genera ideas para que el at no siga sintiéndose así. La sugerencia es llamar al psiquiatra, evaluar el riesgo que se percibe del paciente, agrandar y darle más peso a la situación para llamar la atención del

psiquiatra. Lo que interesa a la coordinación es que el psiquiatra “se asuste, se preocupe y esté un poco más dispuesto”.

El at se imagina la peor situación, si el paciente se mata y se pregunta si sucediera esto que no hizo y que tendría que haber hecho. La coordinación lo señala como otra cuestión que no tiene que ver con la reunión, más bien está relacionado con los sentimientos del at. La coordinación considera que el miedo del at tiene criterio de realidad. Y en relación con el paciente subraya las posibilidades y limitaciones que tiene el at, señalando que por más que quiera este no puede frenar todas las situaciones, no podría evitar que el paciente se mate. En el encuentro con el paciente, considera que si sería posible “tratar de favorecer las posibilidades de hablar de eso, la posibilidad de simbolización que sería algo que frenaría el acto” y plantear una reunión.

La coordinación pide al at informes de los encuentros con el paciente y las comunicaciones con el psiquiatra e indica que entregue un informe al equipo terapéutico como resguardo legal.

El at continua con cierta confusión y la coordinadora sugiere que llame por teléfono al psiquiatra en ese momento. Luego del llamado la coordinadora pregunta al at si está más tranquilo al sentir que está haciendo todo lo que tiene al alcance de su mano.

D1: At.3-At.4-coordinación. (P3)

En la supervisión se observa que las acompañantes están molestas y enojadas y el grupo se pregunta si estarán actuando dichos sentimientos en los encuentros con el paciente. Se plantea que es necesario poner distancia de la situación para poder pensar. La coordinación considera que el paciente y su familia tienen derecho a enojarse y las ats trabajar desde allí. A su vez se intenta dar cuenta que la obra social es quien paga el tratamiento y plantea evaluar un modo estratégico en que las ats puedan intervenir con la misma. A su vez indica una reunión con el equipo terapéutico para comunicar la situación para evaluar como intervenir. La coordinación hace hincapié en discriminar el enojo del paciente y su familia por un lado con el malestar de las ats por otro. En el cual las ats pueden intervenir ayudando a pensar sobre la situación, reparar o tramitar el enojo o acompañarlos desde ahí. Otra posible intervención que se piensa en la supervisión es discriminar la función de la obra social y el equipo terapéutico. También propone pensar en una reunión con la obra social para aclarar el rol del AT desde un modo que sea escuchado y no que lleve a la defensiva por parte de la obra social. Con esta idea surge la posibilidad de que la coordinadora participe de la reunión.

El grupo recuerda otras reuniones de AT y la obra social. At.2 comenta que la asistente social daba indicaciones de tratamiento y lo sentía intromisionante y le llama la atención que en

dichas reuniones no suelen participar otros agentes del equipo terapéutico aparte del acompañante terapéutico. El at.1 comenta que en dichas reuniones sentía la modalidad directiva de la obra social y la estrategia que utilizaba era escucharlos sin confrontar, pero no hacer necesariamente luego lo que decían. La coordinación lo resuena en relación a lo que suele hacerse con las demandas familiares, en la cual no se las niegan, sino se les da un lugar pero no se hace todo lo que quiere la familia, ni se lo desconoce.

D2: At.4-coordinación. (P4)

Plantea de modo general como está el AT. Menciona las actividades y la historia de la paciente. La coordinación señala que este AT amplía el territorio de la paciente. Sugiere historizar junto a la misma y debido a que la at siente que es un AT donde los encuentros son todos muy parecidos y termina cansada la coordinación plantea reuniones mensuales con el equipo terapéutico como sentido de movilización y apertura del tratamiento.

D2: At.2-coordinación. (P2)

En la supervisión se relata la reunión de equipo terapéutico en la cual participaron el at, la coordinadora y el psiquiatra. La coordinación señala que haber participado en la reunión marco una diferencia que se visibilizó en una formalidad y una escucha diferente. Esto lo atribuye a que la coordinadora en representación de la institución marcó una presencia de mayor peso sobre la situación. Remarca también que en general el coordinador no conoce al paciente y al equipo terapéutico directamente, sino a partir de lo que trae el at al espacio. Propone que el informe que se entregó sea repartido al grupo para que quede como modelo. Concluye que la reunión sirvió para ampliar el panorama y tomar medidas concretas sobre el tratamiento del paciente.

El grupo reflexiona acerca de suspender el AT como intervención terapéutica. La misma fue consensuada en la reunión de equipo terapéutico. Plantean que el sentido de la intervención es movilizar al paciente con la idea de retomar el tratamiento. También lo piensan como un límite en relación al lugar de exposición que está siendo ubicado el at y un modo de re-encuadrar por medio de la función de corte. Considerar que el paciente tiene un vínculo sólido con el at y por ende el paciente no querría perderlo y podría considerar retomar el tratamiento para no perder el AT.

Luego el at comenta el encuentro con el paciente y el desenlace de pre-judicialización. La coordinadora expresa que ella también estaba preocupada y amargada por la situación y cuestiona al at en que no le habló por teléfono para avisarle que internaron al paciente. Plantea que estaban los

dos en esta problemática y señala que así como el at está muy preocupado por el paciente a ella no solo le preocupa el paciente sino también el at y ella misma.

A raíz de que el psiquiatra deja el tratamiento la coordinación considera que el AT debería tener instrumentos clínicos para pensar a los terapeutas en relación a la modalidad vincular, de comunicación y el tratamiento. Pensar como debería el at plantear algo que quiera que sea escuchado.

El grupo piensa la modalidad de la coordinación. Por un lado aquello de lo que sucede en el AT, en relación a la intensidad, que se trasmite al espacio. Tienen en cuenta también el dispositivo institucional, la continuidad en que comparten como grupo de ats. Por otro lado, marcan la diferencia con el espacio de supervisiones en psicoterapia donde el psicólogo le cuenta el caso al supervisor y cuando termina la reunión este se va y “se olvida”, no es su responsabilidad. Además se hace hincapié en la subjetividad la transferencia y la historia de cada uno sobre el otro, donde todo eso carga cualidades al vínculo y a la modalidad de la coordinación.

El grupo se pregunta por la inclusión de tareas en la supervisión incorporando la función de coordinación. El grupo nombra al espacio como supervisión, sin embargo formalmente se llama coordinación. Al pensarlo el grupo de este último modo el coordinador puede ingresar a una reunión de equipo terapéutico. Implica mayor compromiso y responsabilidad que la supervisión, se aloja al paciente conjuntamente entre el at y el coordinador.

El grupo medita sobre el encuentro del at con el paciente. Cuestiones del encuadre e intervenciones específicas en relación al vínculo y la psicosis.

D2: At.1- coordinación. (P1)

El at manifiesta que el proceso del AT cumplió un ciclo y la coordinación considera en repensar los objetivos, la estrategia y el encuadre para cambiar y re-comenzar o reafirmar el dispositivo. El at siente un desgaste y siente que algo se cerró. La coordinación ejemplifica las sensaciones del at con un AT pasado, en el cual había una sensación de que el paciente era demasiado conocido para el at y no había espacio para la novedad, en dicho AT se resolvió el ingreso de otro at con una mirada nueva y una subjetividad diferente que ponga otras cosas en el vínculo y genere otras cosas en el paciente. La coordinación expresa que el riesgo de saber todo del paciente, es un saber donde justamente todo cierra.

La coordinación se interroga acerca de los vínculos en general (hermanos, pareja) donde el otro siempre espera más. La pregunta apunta a registrar la diferencia en demandar para el desarrollo

del otro (paciente) y pedir en función de las propias expectativas (at). Continúa llevando la analogía al plano del AT en el trabajo con la psicosis, en la cual, en este campo particular, los pacientes suelen no querer nada y el otro quiere por él, en desear algo. El at pone el deseo en que algo del deseo del otro (paciente) aparezca, lo define como una espera deseante a que algo del otro surja.

La coordinación rescata que este AT tiene años y la línea entre el deseo de uno como at y del otro como paciente, en los comienzos suele ser gruesa, en cambio cuando pasan años de acompañamiento, los afectos, los deseos, las expectativas de cada uno la línea es delgada y es un trabajo sutil poder identificar los afectos y los deseos de uno sobre el otro.

El grupo considera que el trabajo de AT en relación con la ética es trabajar para abrir posibilidades antes ignoradas. La coordinación pregunta al grupo porqué hacen AT hoy en día, las ideas se resumen a continuación.

- Por el tipo de vínculo que se genera con el paciente que no genera ningún otro tipo. La intensidad que genera el vínculo, que a la vez entusiasma, asusta, me hace pensar, me genera riesgo.
- Me atrae la psicosis, me interesa conocer, me da curiosidad, es un universo al que yo solo tengo acceso a través del otro que me cuenta y no tengo otra posibilidad de viajar a esos lugares que no sea con el relato del at.
- Por el momento, donde todo el vínculo esta puesto ahí. Por la inmediatez. Por un lado está el tuyo y por el otro el paciente y como vos con tu psiquismo podés contribuir al otro. En la psicosis, como con una simple metabolización de algo alivias una ansiedad que en momento se pondría muy mal y como después vas viendo ese acompañamiento y ves como el paciente va adquiriendo nuevos recursos, nuevas cosas y eso me parece que se puede trabajar ahí en ese momento.
- La particularidad del vínculo. Nos formamos como profesionales en la salud mental, el aprendizaje de ese lugar que ocupas justamente no lo tenes ocupando otros roles, es totalmente distinto el rol del psicólogo que el del acompañante terapéutico. A mí me queda esto del aprendizaje, nunca terminas de aprender.
- Por lo novedoso, no hay forma que se vuelva rutinario. Por el tipo de vínculo, la cercanía, la proximidad y lo cotidiano. Porque es un rol técnico pero con mucha soltura, eso desde lo cotidiano que permite mucha espontaneidad mucha menos formalidad. Tanto desde una actividad, como desde un lenguaje, desde la vestimenta muy

informalmente tiene un rol técnico muy riguroso y con un grado de cercanía emocional, afectiva con el otro que es distinta y tiene una gran legitimidad aunque no sea la forma.

- Es una especie de aventura. Es un desafío y es flexible.

D3: At.2- coordinación. (P2a)

El at plantea en el espacio de supervisión el cierre del AT. Piensa que se cerró una etapa y propone finalizar a fin de año. La coordinación rescata la idea de proceso sobre el AT, sugiere una reunión de equipo terapéutico para ver como se piensa el cierre en relación a cómo y cuándo efectuarlo.

La coordinación pregunta al at acerca de los sentimientos que le genera el cierre. El at verbaliza algunas emociones del AT a lo largo del proceso y la coordinación señala como modalidad de cierre idear intervenciones que posibiliten a ambos (at-paciente) historizar el AT. El at junto al grupo recuerdan imágenes, situaciones, momentos que compartió en at en el espacio a lo largo del AT. El grupo le pregunta al at como se imagina el AT del paciente luego del cierre. Plantea que continuaría otro at.

A raíz de esto la coordinación reflexiona acerca de los cierres en AT con pacientes que padecen de patología graves, donde se cierra el vínculo entre at-paciente, pero el AT continúa. Continúa el grupo pensando en la implicancia e intensidad vincular que vivencia el at, para luego recogerlo y dar lugar a que re-ingrese otro.

D3: At.4- coordinación. (P3)

La at plantea un desencuentro con el paciente. Luego el paciente se enoja con la at y no quiere pagarle la hora de AT porque piensa que ella faltó. Las ats desarrollan el conflicto en detalle (ver en el apartado de at-paciente). La coordinación pregunta si se realizó la reunión de equipo anteriormente planteada y ante la respuesta negativa, se focaliza sobre dicho punto (ver el apartado at-equipo terapéutico).

Las at vivencian la relación con el paciente de distinto modo. El grupo pregunta cómo se piensa el AT con dos ats donde el paciente deposita diferentes cosas en cada una y se vincula de un modo diferente. Plantea el interrogante de si el paciente pone objetos disociados en cada relación y el modo particular de cada at que genera algo en el vínculo y no otra.

La coordinación se focaliza en los sentimientos que le genera a la at el enojo del paciente. La at expresa que le enoja el desencuentro con el paciente. La coordinación postula que en el

trabajo de AT con patologías graves no sería acaso esperable el desencuentro vincular y lo extraño ser un vínculo esplendido sin sobresaltos con puras gratificaciones. Interpreta el enojo como una desilusión de que es un paciente y que está enfermo.

Luego la coordinación señala las características de la relación entre las ats y el AT. En pensar lo que hace inconscientemente el paciente con esto de tener dos ats. Pensar lo que transmite cada at al otro, en lo que el paciente dice con una at y luego con otra. Pensarlo para visualizarlo y poder idear una intervención con el paciente y entre las ats. Considera que los otros espacios de la relación vincular entre el at y el paciente como la coordinación y el equipo terapéutico posibilitan no quedar atrapado en una modalidad vincular.

D3: At.1-coordinación (P.1)

El at comenta que el paciente se encuentra con mayor desorganización, presentando un incremento en los delirios y alucinaciones. La coordinación llama la atención en que durante el último tiempo el paciente incorporó actividades fuera de su espacio cotidiano como los talleres y considera que podría entenderse la desorganización con la movilización que le podría producir estas actividades nuevas. Por otro lado incluye que dicha movilización interna en el paciente puede tener que ver con el cierre del AT por parte del at. Considera que el paciente podría tener cierta percepción en el vínculo donde el at está menos dispuesto. La coordinación remarca que para el cierre, al ser un AT largo en el tiempo, es necesario tomarse un tiempo considerado para que ambos puedan ir despidiéndose. Sugiere que el at hable con el equipo sobre esto y explicita al paciente la idea para trabajarla entre ambos.

D3: At.2-coordinacion (P.2)

El at comenta que la internación del paciente y las primeras comunicaciones con el nuevo psiquiatra. La coordinación plantea que el AT se estaría desdibujando y pierde sentido. Remarca que en este momento el at es una presencia y que el rechazo del paciente no tiene desde donde sostenerse. Sugiere que el at cierre el AT debido a que no están las condiciones dadas para continuar.

D4: At.1-coordinación (P.1)

El at desarrolla el último encuentro con el paciente como desenlace de la supervisión anterior. La coordinación no realiza ninguna intervención específica.

D4: At.3-coordinación (P.3)

La at cuenta la reunión de equipo terapéutico (ver en apartado correspondiente). La coordinación subraya el compromiso en el equipo terapéutico y sugiere realizar sistematicidad en la frecuencia de las reuniones.

D4: At.5-coordinación (P.5-P.5a)

La at decidió cerrar los AT. La coordinación está de acuerdo en ambos cierres. Sin embargo plantea la necesidad de discriminar ambos tipos de cierres para la at.

El grupo abre la pregunta acerca de los cierres en el AT. La at cuenta que con P.5 el motivo de cierre es por las características de la patología, que hace que sea un desgaste y siente que no aporte al AT con la misma intensidad que antes y la paciente sí lo necesita, considera que necesita a alguien con mayor disponibilidad y entusiasmo. Siente que el cierre de AT es algo más de ella, que no siente que aporta demasiado en el AT. La coordinación interpreta que tiene que ver con la contratransferencia el cierre, que siente que algo finalizó, que está cansada, que no tiene la misma tolerancia. Recuerda un AT donde los at cambiaban cada seis meses y dieron cuenta que ese era el tiempo que un at podía estar en ese AT.

La at sugiere que se podría llevar a cabo el AT con dos ats, ya que las actividades son concretas y considera que es un acompañamiento donde se aprende mucho acerca de los fenómenos de las psicosis y que justamente eso es lo que la desgastó.

El grupo plantea que el cierre de AT es particular en relación a otros dispositivos, donde por medio de la contratransferencia el at siente que la implicancia hacia el AT disminuye y es un momento de apertura a que otro con la energía y predisposición, en volver a pensar la problemática.

D4: At.2-coordinación (P.2)

El at comenta la reunión con el nuevo equipo terapéutico y el encuentro con el paciente (ver apartado correspondiente). La coordinación subraya que este AT es día a día, en una semana el paciente y el dispositivo es uno, a la otra semana cambian. La coordinación expresa que siente que hay un movimiento, una percepción del equipo acerca del riesgo. At.1 piensa que sostener el tratamiento es un nuevo sentido, del nuevo psiquiatra y si cambia nuevamente de equipo habría que ver cuáles son los nuevos sentidos que se le atribuyen al dispositivo. También de redefiniría la estrategia y pensar las condiciones mínimas para que el AT pueda darse y luego el at decidir si quiere seguir el AT, o no. El grupo reflexiona que al ser un paciente grave y en riesgo es difícil

asumir la responsabilidad por parte de un equipo, es angustiante, genera impotencia y frustración. Esto genera un desgaste, donde un solo profesional no puede sostener demasiado tiempo la carga para seguir del mismo modo.

El at comenta que el paciente tiene una forma barrial de hablar y que tiene la sensación que no se hace querer por nadie. La coordinación expresa que más allá de las dificultades reales que tiene el paciente para vincularse, permite ver que hace él con los vínculos. Recuerda que hay una cuestión de códigos que llevo a una predisposición con el at, en relación a la paridad en relación al código compartido de barrio que produce un acercamiento vincular. El at siente que le generó contratransferencialmente otra cosa distinta a no quererlo, recuerda que el paciente se angustió y lloró junto a él, cosa que no sucedió con otra persona. Este llanto es un indicador para la coordinación de la proximidad y la confianza que el paciente deposita al at. El hecho de cierto conocimiento previo fue una contingencia favorable, que en otro lado podría haber jugado en contra, en otra estructura, en otro paciente.

D4: At.3-coordinacion (P.3a)

La at comenta que hubo un movimiento en relación al delirio sistematizado de la paciente. La paciente decidió romper con un amor ficticio. El grupo se interroga qué debería hacer el at en una circunstancia así. At.2 siente que es algo que el at tiene que escuchar y darle entidad a lo que dice y a la vez siente que hay algo que tiene que hacer con eso. La coordinación se pregunta qué pasaría se dejase eso suelto, o cuáles son las sensaciones del at si deja eso suelto. Surgen expresiones del grupo como incomodidad, indecisión, rigidez como estatua. También piensan que quedarse como una estatua puede ser persecutorio dependiendo el paciente, la coordinación considera que hay que ser muy cuidadoso. At.3 piensa que con la paciente se puede tomar de una manera tranquila, porque no se va a enganchar con el discurso, no se lo va a aconsejar o cortar, sino cautelosamente intentar ponerle criterio de realidad. At.1 lo pensaba con P.1 en relación a las alucinaciones, donde es silencioso, donde se intuye algo del fenómeno al observar la mirada perdida o fija en algo del paciente, piensa que la intervención sería escucharlo. La coordinación piensa que la pregunta no pasa por lo concreto con cada paciente en particular, sino que sería hasta donde son los límites y posibilidades del acompañante terapéutico, hasta donde la intervención. Se piensa que a veces se hace más visible determinada intervención. La pregunta es inespecífica y plantea que para comenzar a bordearla y que decante en su especificidad habría que leer grupalmente algo que se le ocurra a todos en relación al tema. Por último la coordinación propone una consigna de cierre del

espacio: debido a que hubo varias sensaciones en los distintos temas, buscar una sensación en el cuerpo, lo primero que se les venga. Cada uno responde lo siguiente:

At.3: el tema de la presencia.

At.1: yo como cansancio, de vacío e incompreensión.

At.5: muchos cuestionamiento, no saber bien las respuestas.

Cdor: yo me quedo con una sensación de extrañeza. Como que raro esto, como que no lo puedo definir mejor.

At.2: tengo dos sensaciones ambivalentes, por un lado entendimiento distendido y por la otra tensión.

At.3: para mi confusión, por ese lado.

Cdor: esta difícil hoy, desvincularse.

D5: At.5-coordinacion (P.5)

La at comenta acerca del cierre del AT. La comunicación con otro at para el reemplazo y realizó una reunión con el equipo terapéutico para diagramar la finalización de su AT. El equipo expresó que con esta paciente a sucedido otras veces el desgaste motivacional con otros ats y consideraban que era favorable que cierre el AT. Considera que estan las condiciones para hablarlo con la paciente. La coordinación considera que hay un montón de cosas para decirle a la paciente, que la at no se va de un día para el otro, que se preocupa por la calidad del tiempo para estar con ella, cosas en relación a la preocupación en la manera en que se va la at de este AT. La at está preocupada en como lo va a tomar la paciente. La coordinación plantea que la evolución del AT hizo que se termine el AT, no el desgaste de la at. Plantea que dejar el lugar, dejar de ser para el paciente es un duelo, por no ser más parte de la vida de la paciente. En AT se da una relación muy intensa que significa mucho, tiene que ver cuanto el at se resiste a dejar ese lugar y todo lo que depositó en él.

D5: At.4-coordinacion (P.3)

La at comenta que lleva mandalas para realizar en el AT. La at lleva los materiales con el sentido de ver si el paciente le interesa la actividad y después le pediría al paciente que compre sus materiales (hojas, lápices, etc.). La coordinación plantea que habría que pensar, interrogarse si es

necesario llevar los materiales, si corresponde hacerlo o si sería necesario que el paciente busque sus propios materiales, que lo gestione por sus propios medios. La at lo piensa como una propuesta que el paciente puede interesarse, o no. La coordinación insiste en preguntarse sobre aquellas cosas que están naturalizadas en el AT, preguntarse sobre la modalidad en que se implementan los materiales, si es necesario hacerlo con todos los pacientes. Plantea la diferencia en la significación que puede adoptar esto si el at lo realiza con el sentido de proponer y motivar con una tarea al paciente, en cambio si el at lo realiza para ver si el paciente se “engancha” con la actividad, la pregunta sería para quién es el beneficio de todo eso. Si es para el paciente no sería lícito que se compre sus materiales. El grupo asocia diversas situaciones que tienen que ver con esto. At.5 cuenta que con P.5 arman collares y cuando comenzaron la tarea, la at llevo algunas cosas que tenía y otras las compró la paciente. A su vez la at fue a comprar la primera vez los materiales que faltaba, luego realizaban las compras juntas, la at atribuía que la paciente se hacía cargo de la tarea. La at, con la P.5ª, también armaron collares, pero la paciente compró todos los materiales desde el principio y fue una sola vez, no lo sostuvo en el tiempo, porque era para hacer un regalo a un familiar. At.3 comenta que le pasaba con tejer, la paciente buscaba materiales, le pedía a la familia hasta que lo consiguió, la paciente tejía lo suyo y la at también tejía lo suyo, la paciente tejía una alfombra y la at un pulóver. La coordinación reflexiona con respecto a esto que todos los ats tienen ciertos recursos, habilidades y conocimientos que sería una caja de instrumentos y se suele apelar a eso en determinadas situaciones con determinados pacientes. Expresa que el at debe estar atento porque estos recursos dan seguridad y pueden funcionar como un escudo y hacerlo sistemáticamente con todos los pacientes. At.1 reflexiona en relación del paraqué de la actividad. Toma como ejemplo cuando no hay movimiento en el AT, y considera en que el at puede llevar algún material con el sentido de movilizar algo de deseo y luego retirarlo del AT. At.5 recuerda que las veces que llevo algún material al AT fue previamente hablado con el paciente y ha surgido del paciente. At.4 tiene la sensación que con este AT si no llevaba nada, no se arrancaba nunca. At.1 piensa que por un lado llevar algo al espacio, puede darse con el sentido de generar algo en el orden del deseo, de lo vital y placentero, sin embargo esto mismo, podría responder a tapar el vacío que está presente en el espacio del AT. Es una línea delgada entre tapar el vacío o generar algún interés en el paciente. Cómo hacer una oferta pero que no le imprima una dirección. At.1 piensa una posible solución haciendo una propuesta al paciente, incorporar un elemento nuevo al AT, como móvil para ver si surge algo. La coordinación reflexiona acerca del para qué. Si se incorpora una pelota de fútbol para que tenga ganas de jugar al fútbol, viene la pregunta de paraqué serviría jugar al fútbol, diferenciando si el paraqué está puesto en el paciente o en las necesidades del at. Esto definiría el

sentido de la actividad. Recalca que el at debe permanentemente interrogarse aquellas cosas que están naturalizadas, sobre el hacer, sobre la búsqueda de sentidos, el para qué, para quién y qué efectos puede tener determinada acción.

D5: At.2-coordinación. (P.2)

El at comunica que el paciente fue dado de alta de la internación y que iniciaría tratamiento con un nuevo terapeuta. La coordinación expresa que el at debe cerrar el AT y hablar con el nuevo terapeuta y evaluar si el paciente tendrá AT y en función de ello quedar a disposición. Luego el at expresa sus sentimientos en relación a los encuentros con el paciente. El grupo reflexiona sobre la desvinculación en los AT. A continuación se detallara una síntesis de las ideas:

- Los AT no se cierran, más bien van pasando diferentes ats.
- El at, tiene que hacer un trabajo psíquico para irse, indagar las emociones del at para desvincularse. Tiene que haber un lugar para esto que podría ser el espacio de supervisión
- Suele haber AT que se cierran abruptamente, contra la voluntad del AT y genera sentimientos de bronca e impotencia.

Luego el grupo comienza a expresar diversos cierres personales de AT, la síntesis:

- At.2: cuando termine un AT me moría de ganas por saber, por llamar por teléfono y preguntarle como estaba. El año pasado me la cruce en la calle y vino a saludarme sola y me contaba que estaba con otra at. Si yo la hubiese llamado habría movlizado un montón de cosas
- At.3: a mí me paso de cruzarme con un paciente que se cortó el AT y comencé a recordar un montón de cosas que habíamos trabajado en el AT de él.
- Coordinación: el lícito después de haberse involucrado con alguien tener la necesidad de saber después de trabajar tantos años, pero no se puede, sería intrusivo.
- At.4: yo en algunos Ats que finalizaron, yo he pautado con el equipo y el paciente, que este me pudiera llamar en algún momento. Una paciente sola me llamo una vez para desearme felices fiestas.
- At.1: El at circula por la cotidianeidad del paciente y el at también está expuesto en ese sentido a la propia cotidianeidad, es natural el encuentro.

A raíz de esto el grupo reflexiona acerca de los encuentros espontáneos con el paciente, luego de finalizar el AT o en situaciones fuera del encuadre. Consideran que el AT tiene mayor “informalidad” que otras profesiones y que en el AT se usa muchas veces como práctica clínica

para el desempeño después como terapeuta. Sin embargo, se suele arrancar con los casos más difíciles, con aquellos donde los demás no quieren trabajar. Porque en realidad hace falta muchísima rigurosidad para poder trabajar de una manera tan cotidiana, tan flexible, porque hay que tener incorporado el rol, la ética, un posicionamiento muy firme para trabajar en un ambiente desestructurado e impredecible.

Características generales del espacio de Supervisión

La técnica grupal

El grupo de supervisión está conformado por acompañantes terapéuticos y un coordinador. Los ats tienen como condición estar trabajando en uno o más ATs. El grupo es homogéneo en el sentido de que todos los pacientes de tienen un diagnóstico referido al campo de las psicosis. Las reuniones se llevan a cabo en un mismo salón, con una frecuencia de un encuentro semanal de dos horas de duración. La supervisión se podría dividir en tres momentos:

- Inicio: el coordinador del grupo comienza preguntando cómo esta cada uno de los integrantes y quién querría expresar alguna problemática particular del AT. Esta intervención tiene como función abrir el espacio e indagar con que ideas, sensaciones y sentimientos llega cada integrante. Se evalúa el clima grupal en relación a la disposición afectiva del grupo para la tarea que los convoca.
- Despliegue de las problemáticas: Comienza la rueda comunicacional y los integrantes del grupo intercambian ideas en relación al emergente que manifiesta cada at.
- Finalización: el coordinador invita a cada integrante a decir en una palabra lo que aconteció durante el encuentro como cierre del espacio de supervisión.

Los momentos de la coordinación tienen la impronta subjetiva de cada coordinador y cada at, en la cual imprimen un estilo acorde a su modo de trabajo. La técnica de la supervisión está centrada en la tarea de resolver las ansiedades ligadas al AT y al proceso grupal, facilitando asimilar la comunicación en cada participante.

Particularidades de la supervisión en el AT

El dispositivo de AT incluye el espacio de supervisión grupal. Este es considerado junto al trabajo con el equipo terapéutico, un pilar en el proceso de AT. Los teóricos del AT consideran que el espacio de supervisión es indispensable. A mi criterio, este carácter de indispensabilidad se debe principalmente a ciertas funciones operativas que tiene la supervisión en el campo del AT. Podrían considerarse en tres grandes grupos:

1. *La mirada multifocal.*

La estructura vincular en el AT entre el paciente y el at es una vivencia de marcada intensidad y cercanía. El grupo de supervisión es un sostén externo al vínculo que le permite al at tomar distancia sobre las acciones que efectúa en el AT. Es una re-visión sobre lo acontecido. A su vez, la mirada se posiciona sobre el proceso general que enmarca el AT, incluyendo el trabajo con el equipo terapéutico. El grupo problematiza las dinámicas intra e inter-vinculares que se depositan en el dispositivo. No menos importante, la supervisión problematiza sobre sí misma, en el proceso que lleva a cabo como grupo.

La supervisión tiene como función una mirada multifocal micro y macroscópica. Tiene la plasticidad de ingresar a los detalles de las escenas cotidianas del vínculo entre el at y el paciente, de centralizar su atención en la implicancia del equipo terapéutico o detenerse en sus propios puntos ciegos sobre la construcción de un determinado AT.

2. *La función de continente-contenido.*

En primer lugar el grupo de supervisión es un continente de las múltiples depositaciones transferenciales que se establecen en un AT. Por un lado, el at proyecta en el grupo una diversidad de sentimientos, sensaciones e ideas propias de ansiedades primitivas que atraviesa el proceso terapéutico en la relación entre el at, el paciente y su contexto. Son consideradas como elementos beta, entendidos como la experiencia emocional no transformada del at. Estos contenidos vivenciados en el vínculo son evacuados hacia el grupo. La intervención del grupo son intentos de metabolización de la experiencia emocional y devuelta de un modo transformado, en elementos alfa, donde el at pueda continuar con su proceso de pensamiento sobre el quehacer en el AT. A su vez, el at puede desarrollar ciertas defensas inconcientes ligadas a las ansiedades primitivas en los encuentros con el paciente. La supervisión es un espacio indicado para desarmar y/o instrumentalizar dichas defensas, ya que, al estar distanciado del núcleo del AT y ser un aparato para pensar lo que sucede allá, en el vínculo, permite funcionar a modo de un continente seguro para desnaturalizar y transformar aquello que el at construye junto al paciente, desde su propio aparato mental.

Por otro lado, el at realiza un análisis de la transferencia y la contratransferencia por medio de la asunción y adjudicación de roles que se proyectan en el AT. El espacio de supervisión ayuda a visibilizar en qué lugares y qué tipo de funciones es ubicado el at por el paciente; y cuáles son las expectativas que el at proyecta sobre el paciente y el tratamiento en general. Por último el at está imbricado con el equipo terapéutico sujetado a depositaciones transferenciales y contratransferenciales. El vínculo entre el equipo terapéutico y el at producen movimientos

regresivos y progresivos a modo de GSB y GT, en la cual, la supervisión sostiene el entramado de red vincular mediante intervenciones de ligazón de los contenidos del pensamiento sobre la idea de tratamiento (objetivos y estrategias) y las experiencias emocionales que tiene el at hacia el grupo del equipo terapéutico.

El Grupo Sygma (2000) expresa que “sin elementos alfa, no hay posibilidades de comunicación verbal y sin elementos beta, no hay posibilidades de comunicación emocional, siendo ambos necesarios para aprender de la experiencia, que, como sabemos, no es un proceso lineal, evolutivo y sereno, sino que avanza a saltos, entre evacuaciones y digestiones.”Sin elementos alfa no es posible conocer nada. Sin el elemento beta es imposible ignorar algo”” (pág. 7). En este sentido la función continente del grupo de supervisión es posible mediante la cooperación de todos los integrantes en el favorecimiento de la apertura emocional y comunicacional de los emergentes de cada AT.

3. *La función de integración.*

Si se tiene en cuenta la multiplicidad de experiencias que el at tiene en el AT, ya sea con el paciente, con la familia, en la diversidad del contexto cotidiano y en la relación con el equipo terapéutico; la supervisión, funciona a modo de integración de todos estos múltiples elementos. De un modo figurado la supervisión es un embudo que recoge diversos elementos más o menos dispersos, aglutinados y disociados de cada AT y responde mediante el trabajo grupal en la búsqueda de los emergentes, las asociaciones y el pensamiento con el intento de integrar cada proceso, mediante intervenciones que favorezcan la problematización, la búsqueda de hipótesis y de posibles soluciones, para volver a re-problematizar.

A su vez, la supervisión no sólo realiza intervenciones sincrónicas de los emergentes que aparecen en el grupo, sino también, produce construcciones interpretativas diacrónicas, entendidas como la participación activa del grupo en el seguimiento histórico de cada AT. Por ello el grupo se involucra en la trama representacional del vínculo de cada at con su AT.

Las tres funciones son entendidas dentro de un proceso donde operan conjuntamente sin tener mayor importancia una de otra.

La supervisión como grupo operativo.

La supervisión entendida como un grupo tiene su propio esquema referencial operativo (ECRO) donde el grupo funciona sobre implícitos compartidos reflejados en las características de los roles establecidos. El grupo de supervisión tiene una tarea explícita definida como la disposición a comunicar el desarrollo de los ATs llevado a cabo por cada at.

Las problemáticas particulares que cada at expresa en el espacio de supervisión pueden entenderse como “situaciones nuevas” que el grupo debe afrontar. Esto despierta ansiedades básicas coexistentes, relacionadas con el miedo a la pérdida y el miedo al ataque. Lo que el grupo hace con cada una de las situaciones nuevas, define su potencial creativo, comunicativo y de aprendizaje o, en cambio, configura la situación en una resistencia al cambio, con posturas repetitivas, dilemáticas, estereotipadas y maniqueas.

Para entender esto quisiera centrarme en la situación que plantea el At.2 en el primer encuentro (D1) de supervisión. Ya que, la situación dilemática que expresa el at, es de suma tensión sobre la representación interna del grupo por tener un contenido de carácter crítico y extremo.

El at comenta que el paciente escribió notas que contienen ideas de muerte. Esto es un elemento nuevo en el AT. La coordinación interviene con preguntas ampliatorias y se focaliza en la estrategia que tiene el at con el equipo terapéutico sobre este tema. En un primer momento las ansiedades básicas se intensifican: el grupo plantea la suposición acerca de la pérdida de vida del paciente (ansiedad depresiva), a su vez, el grupo siente inseguridad con respecto al tratamiento llevado a cabo por el equipo terapéutico y la responsabilidad “legal” del at ante una consecuencia catastrófica (ansiedad paranoide). Se observa que las ansiedades pueden surgir a partir de los contenidos de la representación intra o extragrupal dada por la conexión indirecta de la supervisión con los demás grupos (paciente-familia-comunidad-equipo terapéutico).

Pichón Riviere expresa que un grupo opera transformando los dilemas en problemas. El grupo debe elaborar sus propias ansiedades básicas que tienden a la resistencia al cambio. Para ello, el grupo coopera en la participación activa en el pensar acerca de los obstáculos que operan desde lo no dicho, donde las aportaciones tiendan a problematizar los estereotipos. En la supervisión el grupo comienza a pre-ocuparse sobre la problemática, plantean la idea de reunirse con el equipo terapéutico con el propósito de evaluar conjuntamente la situación. Llegan a una primera resolución que consiste en solicitar una reunión de equipo terapéutico y que el at y el coordinador participen.

Luego, el at aborda otro aspecto de la problemática. Refiere que siente confusión con respecto a las acciones que debe realizar en el AT y con el equipo terapéutico. La coordinación interviene organizando el discurso, discriminando la información, esclareciendo la problemática a modo de apuntalamiento.

Nuevamente el at puede cambiar el eje de la problemática llevándola a un plano personal, se re-plantea el supuesto de si el paciente se suicida, que hizo él como at, que no hizo y que tendría que haber hecho. Considero que en este momento, el at puede verbalizar la fantasía latente que circula, que sería la asociación entre la muerte, sus propias acciones y sus consecuencias. De este modo, llega al núcleo del emergente convirtiéndose en el portavoz de la problemática. La coordinación recepta esto de un modo empático concluyendo, que el control sobre la posible actuación del paciente tiene sus posibilidades y sus limitaciones. Esclareciendo que el at tiene un límite en este punto, si el paciente “está decidido a matarse”, sin embargo, eventualmente si surgen las condiciones, puede favorecer la posibilidad de hablarlo, como posibilidad de simbolización que sería algo que frenaría el acto. A su vez puede reunirse con el equipo terapéutico para evaluar la situación y realizar acciones concretas sobre la problemática. Por último, deciden en llamar al psiquiatra en el momento para relatar brevemente la situación y solicitar la reunión de equipo.

El emergente situacional continúa en el siguiente encuentro (D2). La coordinación y el at relatan al grupo el desenlace de la reunión con el equipo terapéutico. Refieren que la misma sirvió para ampliar el panorama (en el sentido de compartir las ideas que se tenían con respecto a la situación) y la posibilidad de tomar medidas concretas. A saber:

- Suspender el AT como intervención terapéutica.
- Plantean que el sentido de la intervención es movilizar al paciente con la idea de retomar el tratamiento.
- También lo piensan como un límite en relación al lugar de exposición que está siendo ubicado el at y un modo de re-encuadrar por medio de la función de corte.
- Considerar que el paciente tiene un vínculo sólido con el at y por ende el paciente no querría perderlo y podría considerar retomar el tratamiento para no perder el AT.

Dejando en un segundo plano el análisis de la intervención en sí misma, se puede ver como el grupo de supervisión coopera por medio de la participación activa y la comunicación del emergente en la resolución del problema. Planifica medidas concretas, que tengan una significación y una dirección particular en el proceso de tratamiento. Los roles se convierten de modo funcionales y operativos. Si se rastrea este proceso, en un principio se magnificaba la tensión de ansiedad sobre

el planteamiento del at, luego se comienza a tallar la problemática bordeándola desde múltiples vértices, para comenzar a operar sobre determinados puntos de la misma y después, recomenzar el proceso desde otro ángulo. La resolución se diversifica, permitiendo la generación de acciones creativas como por ejemplo la participación del coordinador en la reunión de equipo terapéutico. Luego, a esto también se le atribuye un sentido clínico y se teoriza su instrumentación. En este encuentro, la repercusión de este acontecimiento pudo delinear algunas ideas que quedaron a modo de conclusiones, tales como:

- La coordinación señala que haber participado en la reunión marco una diferencia que se visibilizó en una formalidad y una escucha diferente. Esto lo atribuye a que la coordinación en representación de la institución, marcó una presencia de mayor peso sobre la situación. Remarca también que en general el coordinador no conoce al paciente y al equipo terapéutico directamente, sino a partir de lo que trae el at al espacio de supervisión.
- La coordinación considera que el AT debería tener instrumentos clínicos para pensar a los terapeutas en relación a la modalidad vincular, de comunicación y el tratamiento. Pensar como debería el at plantear algo que quiera que sea escuchado.
- El grupo de supervisión marca la diferencia con el espacio de supervisiones en psicoterapia donde el psicólogo le cuenta el caso al supervisor y cuando termina la reunión este se va y “se olvida”, no es su responsabilidad. Además se hace hincapié en la subjetividad la transferencia y la historia de cada uno sobre el otro dentro del grupo, donde todo esto carga cualidades al vínculo y a la modalidad de la coordinación.
- El grupo se pregunta por la inclusión de tareas en la supervisión incorporando la función de coordinación. El grupo nombra al espacio como supervisión, sin embargo formalmente se llama coordinación. Al pensarlo el grupo de este último modo el coordinador puede ingresar a una reunión de equipo terapéutico. Implica mayor compromiso y responsabilidad que la supervisión, se aloja al paciente conjuntamente entre el at y el coordinador.

También el at presenta un informe al equipo terapéutico sobre los hechos sucedidos, donde la coordinación sugiere que este lo comparta con el grupo para posibles situaciones en un futuro. En los sucesivos encuentros el equipo terapéutico se desarma por decisión del psiquiatra a cargo y se evalúa la posibilidad de internar al paciente.

Quisiera finalizar subrayando la coincidencia dentro del proceso del esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de la tarea. Como así también, se puede ver como el grupo adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, los roles se hacen intercambiables y

como el grupo de supervisión se vuelve operativo, se realimenta y encara la toma de decisiones. El grupo aprende a pensar los ATs por medio de la resolución de los diversos problemas que los convoca como tarea.

El rol del coordinador en el grupo de supervisión

Pichón Riviere considera que la interpretación en el GO no será revelar, tampoco explicitar, sino nuevamente problematizar. El coordinador será un copensador, cuya tarea será pensar con el grupo acerca de los obstáculos que operan desde la latencia, desde lo no dicho, la interpretación se incluye como función re-estructurante que aporta al grupo un escenario en el cual puedan problematizarse los estereotipos. Por lo tanto, la actividad en los GO está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación, debido al monto de ansiedades que despierta el cambio.

En el AT el rol de coordinador abarca principalmente dos tareas. Una está centrada en la supervisión en sí, encargado de diagramar el encuadre de trabajo, manejar los tiempos del proceso (inicio, despliegue de la problemática, finalización) y co-pensar con los ats sobre los emergentes de los ATs. La otra, tiene que ver con la función de coordinación entendida como la participación activa en el compromiso de alojar la tarea del AT conjuntamente con el at. Esta función tiene una implicancia técnica y clínica específica. En primer lugar, el coordinador asume una responsabilidad compartida con el at, donde aloja la problemática del paciente, desde un plano simbólico. El coordinador no interviene directamente con el paciente, su familia o el equipo terapéutico, sino que elabora sus intervenciones a partir del emergente del at. Sin embargo, en segundo lugar, el coordinador puede optar junto al at en participar en determinadas reuniones de equipo terapéutico, o familiar, incluso con el paciente, en situaciones muy específicas, ya sea ante urgencias, crisis o como función de terceridad.

Análisis contextual del grupo de AT

Como se mencionó anteriormente la historia del acompañamiento terapéutico es reciente. Data de 40 años de recorrido en la Argentina. Si se piensa el dispositivo desde sus orígenes hasta la actualidad podría dividirse en tres momentos:

Los años 60-70: los inicios del acompañamiento terapéutico.

En la segunda mitad del siglo XX el modelo de tratamiento manicomial estaba empezando a ponerse en cuestión. El comienzo de la psicofarmacología y los movimientos antipsiquiátricos en los 60 sentaron las bases para nuevos dispositivos de tratamiento como los centros de día y las comunidades terapéuticas. En Argentina en este contexto se empieza a esbozar el AT como una alternativa a la internación dirigida a pacientes principalmente con diagnósticos de psicosis y adicciones. Primero fue denominado por E. Kalina como “amigo calificado” y luego pasó a llamarse acompañamiento terapéutico dado que aquél se prestaba a confusiones. Sin embargo hasta el día de hoy la primera denominación sigue circulando por medio de conceptos más abstractos, como el AT pensado en relación a la transferencia amistosa (Pulice) o el AT como vínculo fraterno (Kuras de Mauer), lo que lleva a preguntarse qué de acertado tenía la denominación. El inicio del acompañamiento terapéutico fue cobrando vida desde la práctica hacia la teoría, se fue construyendo. Cuando el AT fue reconocido en los ámbitos públicos dentro del campo de la salud mental Rossi y Pulice (1997) recopilaron testimonios de varios profesionales que trabajaban en diversas instituciones que durante dicha época se atribuyen haber dado comienzo al acompañamiento terapéutico. A su vez en Brasil consideran también que el dispositivo empieza por aquellos territorios.

El 24 de marzo de 1976 en la Argentina con el inicio de la última dictadura militar se prohíben las reuniones políticas, se persiguen ciertas ideologías y se cierran las universidades de carácter social. Un dato no menor para esta historia es que se cierra la facultad de Psicología. A su vez, los nuevos dispositivos de salud mental quedan adormecidos y se practican modelos teóricos acordes con el pensamiento del gobierno de facto. Los espacios de grupalidad, de formación de ideas y de enseñanza se sostienen desde la clandestinidad.

Los años 80 y 90: la construcción teórica e institucional del Acompañamiento Terapéutico

Con la vuelta a la democracia en 1983, se inicia un nuevo ciclo en la Argentina. Durante este período se abren nuevamente las puertas de las facultades de Psicología. El AT pasa a ser un móvil para adquirir las primeras experiencias y empezar a tener contacto con pacientes para estos egresados. Como se verá más adelante está lógica continua en la actualidad.

Como destaca G. Rossi (2007) la sistematización de las experiencias se fue llevando a cabo de forma variable a lo que se fueron incluyendo poco a poco ciertas conceptualizaciones de las intervenciones, en la medida que se fue extendiendo en las instituciones o a partir de algunos terapeutas que fueron formando sus propios equipos de acompañamiento terapéutico. Subraya el espacio que ocupa el acompañante terapéutico, desde sus inicios, ubicándose en esa intersección, ese entrecruzamiento, en tres puntos específicos:

1. En cuanto a las características de la práctica cotidiana: en que se inserta el acompañamiento terapéutico en interrelación con distintas disciplinas.
2. En el orden de la teoría: en el espacio de esos agujeros teóricos-clínicos que presentan las distintas disciplinas.
3. Se fundamenta en lo sucedido en el terreno histórico, en momentos de cuestionamiento de las teorías hegemónicas.

En noviembre de 1983 se realizó el Primer Encuentro Argentino sobre Acompañamiento Terapéutico en Psiquiatría en la ciudad de Buenos Aires. El propósito era “alojar y habilitar” el AT como campo profesional y de exploración. En 1985 se realizó el Segundo Encuentro Nacional de AT en Buenos Aires, donde hubo mayores participaciones de ats. Durante este año se publica el primer libro de AT: “Acompañamiento Terapéutico y pacientes psicóticos: manual introductorio a una estrategia clínica”.

En la ciudad de Córdoba las primeras experiencias de AT datan en la clínica Berman a principios de los 90. Se dictaba en la facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba una extensión áulica que trataba sobre el AT, tenía prácticas supervisadas en la clínica antes mencionada. A finales de los 90 se fundan las primeras Instituciones de AT iniciando los primeros cursos de formación en AT. En este marco asistían en su mayoría estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Durante la década de los 90 el AT se expandió en muchas provincias del país a través de cursos de formación, prácticas supervisadas, inclusiones del AT en equipos terapéuticos y centros asistenciales en salud mental. Los congresos se realizan bianualmente tomando como cedés diversas

ciudades del país como Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, San Luis, entre otras. Un hecho a destacar es que tanto la mayoría de las personas que empezaban a formarse en dichas prácticas eran estudiantes de psicología o recién recibidos y también los formadores eran psicólogos en su mayoría.

La década del 2000: el movimiento político del AT

En septiembre del año 2001 se realizó en la ciudad de Córdoba el 2º Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico “Hacia una Inscripción Institucional y Académica del Acompañamiento Terapéutico, para la Optimización de su Eficacia Clínica”.

En la última década y de forma creciente el AT se incluye en organizaciones estatales como los neuropsiquiátricos, las comunidades terapéuticas, los centros de acciones sociales, los gabinetes psicopedagógicos y en los fueros familiares del sistema judicial con visitas controladas. A partir de la creciente institucionalización en la enseñanza y en la formación de equipos de AT se fue desarrollando mayor demanda en el ámbito público y privado incluyendo el servicio de AT en las obras sociales estatales y en las clínicas privadas.

En provincias de la Argentina como en San Juan, San Luis y Entre Ríos se inicia la carrera de Acompañamiento Terapéutico de modalidad Terciaria y la sanción de las leyes que regulan y permiten el ejercicio de la profesión. El Acompañamiento Terapéutico tiene como uno de sus objetivos conquistar terreno hacia el reconocimiento profesional de la labor.

Durante esta década se conforma a.a.t.r.a (asociación de acompañantes terapéuticos de la republica argentina) construyendo una de las sedes dentro de la ciudad de Córdoba. Algunos de los objetivos serían:

- Fomentar y coordinar actividades científicas de disciplinas y/o materias vinculadas con el Acompañamiento Terapéutico;
- Efectuar actividades de capacitación y de carácter cultural entre sus asociados;
- Organizar congresos, conferencias, cursos, charlas, ateneos, debates, seminarios, para el público en general y/o para profesionales especializados;
- Realizar y organizar cursos regulares de preparación y capacitación de acompañantes terapéuticos y de perfeccionamiento en todo su espectro, inclusive en

las ramas técnicas, humanísticas, pedagógicas, tanto para su enseñanza como para su difusión;

- Tratar, asistir y/o prevenir conductas adictivas, drogadicción y alcoholismo, desórdenes alimentarios y de conducta, depresión, enfermedades terminales, discapacidades, y toda otra de incumbencia en el campo de la salud mental;
- Ofrecer el servicio de acompañantes terapéuticos, cursos, supervisiones y capacitación laboral;
- Velar por las normas de la ética profesional relativas al acompañamiento terapéutico y establecer disposiciones al respecto;
- Propender a la jerarquización del nivel académico de los títulos, así como del ejercicio de esta profesión;
- Administrar el otorgamiento de becas, subsidios, subvenciones y ayudas económicas con sujeción al reglamento que al respecto se dicte para estudiantes, profesionales, docentes y socios;
- Propender a la creación y posterior mantenimiento de escuelas y/o centros educacionales de instrucción y/o perfeccionamiento como así también a la instalación de filiales en todo el territorio nacional;
- Propender a la creación y posterior mantenimiento de centros asistenciales, hospitales de día, y talleres multidisciplinarios para la atención de todo tipo de problemática del ámbito de la salud mental vinculadas al acompañamiento terapéutico.

En la ciudad de Córdoba dentro de la sanción del proyecto que modifica la nueva ley de salud mental se incluye al acompañante terapéutico entre los agentes de salud mental. Por último la asociación de acompañante terapéutico de la republica argentina crea en el 2010 el Código de Ética de AT.

El AT en la actualidad

El AT en la ciudad de Córdoba se lleva a cabo por medio de cursos de formación anual y bianual. La mayoría de los cursos enseñan el dispositivo a nivel teórico y realizan prácticas supervisadas en diversos ámbitos de la salud mental. En su mayoría los alumnos que ingresan a los cursos son estudiantes de la carrera de Psicología, en menor grado asisten estudiantes a carreras afines como psicomotricidad, asistencia social, maestro integrador, educación física, etc. Luego del

cursado algunos ats continúan trabajando ya sea por medio de una institución de AT, unido a un equipo terapéutico particular, en grupos reducidos de ats, en centros de días, neuropsiquiátricos o comunidades terapéuticas.

Actualmente, en la provincia de Córdoba, el at no tiene una ley que lo respalde como sujeto de trabajo y legitime su tarea. Al estar fuera del marco legal, conlleva a que cualquier persona que se considere acompañante terapéutico y encuentre un medio para realizarlo, pueda hacerlo. A su vez el incremento en la demanda de AT en los sistemas de salud mental, educativo y judicial, no sólo tiene que ver por la eficacia terapéutica del dispositivo, sino también porque a veces responde a las fallas del sistema de salud, de educación y justicia respectivamente, en relación con la salud mental en general, teniendo en cuenta, además, que el at tiene una rentabilidad menor que aquellos oficios o profesiones que incluyen aportes fiscales de respaldo legal.

Por otro lado puede pensarse que cuando se incluye un at a un dispositivo conformado, ya sea un espacio psicoterapéutico, psiquiátrico o un gabinete educativo. Hablaría que dichos dispositivos, en algún punto no alcanzan a afrontar la problemática de los pacientes, ya sea por la insuficiencia de personal dentro de la institución que no puede abordar problemáticas específicas de cada paciente y/o alumno, puede ser un síntoma institucional en que algo del orden de la incomprensión e inatención posibilita el ingreso de un at, como así también puede que mediante un diagnóstico situacional de la problemática del paciente/alumno sea necesario incluir a un at como mejor respuesta terapéutica. Silvia Alderete plantea al respecto que “la mayoría de las veces se nos convoca cuando todas las instancias se ven agotadas. Es allí donde se implementa el acompañamiento, como último recurso terapéutico frente a situaciones extremas o de carencia de red social y familiar. En otros casos donde los profesionales ya se conocen el trabajo del acompañamiento, la inserción del at, es parte de una planificación para lograr determinados objetivos”. En este sentido, históricamente los pedidos de AT tienen una impronta en relación a la demanda del mismo: El AT trabaja con patologías graves, en situaciones extremas y atípicas.

Una particularidad sucede dentro del ámbito judicial que incorpora AT para trabajar dentro del régimen de visitas controladas en el ámbito de Tribunales de Familia. En líneas generales el at con su experiencia formativa -por pedido de un juez- interviene como agente de salud para supervisar la relación de algún progenitor con su hijo/s que se encuentra en una instancia procesada. Sin embargo, el at al no tener una ley reguladora, es condición necesaria ser psicólogo matriculado para habilitar la intervención y para tener respaldo legal. En este sentido mediante un

proceso de renegación, el sistema judicial ubica la labor de AT como psicólogo-at, escindiendo la legitimidad-no legitimidad del AT.

Dispositivo Institucional del AT

Por lo dicho en el apartado anterior cuando comienza un AT, generalmente el pedido llega por parte de un terapeuta o un profesional que tenga una problemática en relación a la salud mental. La institución aloja y analiza la demanda en función de si es atinente iniciar un AT para dicha problemática en particular que se plantea, o no. Esto se realiza a partir de las condiciones mínimas que se requieren para que se pueda efectuar un AT, como por ejemplo si es atinado el ingreso del at en función del pedido, si corresponde un at u otro profesional más pertinente para la problemática. Luego, la institución inicia una búsqueda del at, en relación a la disponibilidad horaria, el lugar y las preferencias o condiciones que el at previamente aclaró en que desea trabajar. Lo común es que el at tenga preferencias con determinado tipo de cuadros psicopatológicos, con determinadas características evolutivas (como el trabajo con la niñez, adolescencia, adultez o vejez) y la disponibilidad horaria.

Luego de que la institución defina un at y este acuerda comenzar el AT, se pone en contacto con el terapeuta a cargo para pactar una reunión. En los primeros encuentros se suele diagramar el encuadre de trabajo, se bosquejan algunos objetivos y estrategias. Se suele recomendar que el primer encuentro con el paciente se lleve a cabo dentro del espacio psicoterapéutico pensado como una forma de ingresar ambos (paciente-at) al AT. En este sentido dicho espacio es un continente tanto del paciente como del at y permite reforzar perceptiblemente al espacio del AT interdependiente con el tratamiento general y una idea de equipo terapéutico. Se suele incorporar a la familia en AT con niños y/o adolescentes o en situaciones que hay una marcada confusión con respecto al quehacer del at en uno o varios de los miembros de la familia. Finalmente la institución asigna a un coordinador que estaría encargado de la supervisión del AT y del seguimiento administrativo del mismo.

El grupo de discusión del AT

Está conformado por 5 ats, dos estudiantes de psicología, dos recibidos durante el año de la investigación y uno recibido dos años antes. Hay dos hombres y cuatro mujeres. La coordinadora del grupo es psicóloga y tiene experiencia como at.

Características generales de los AT

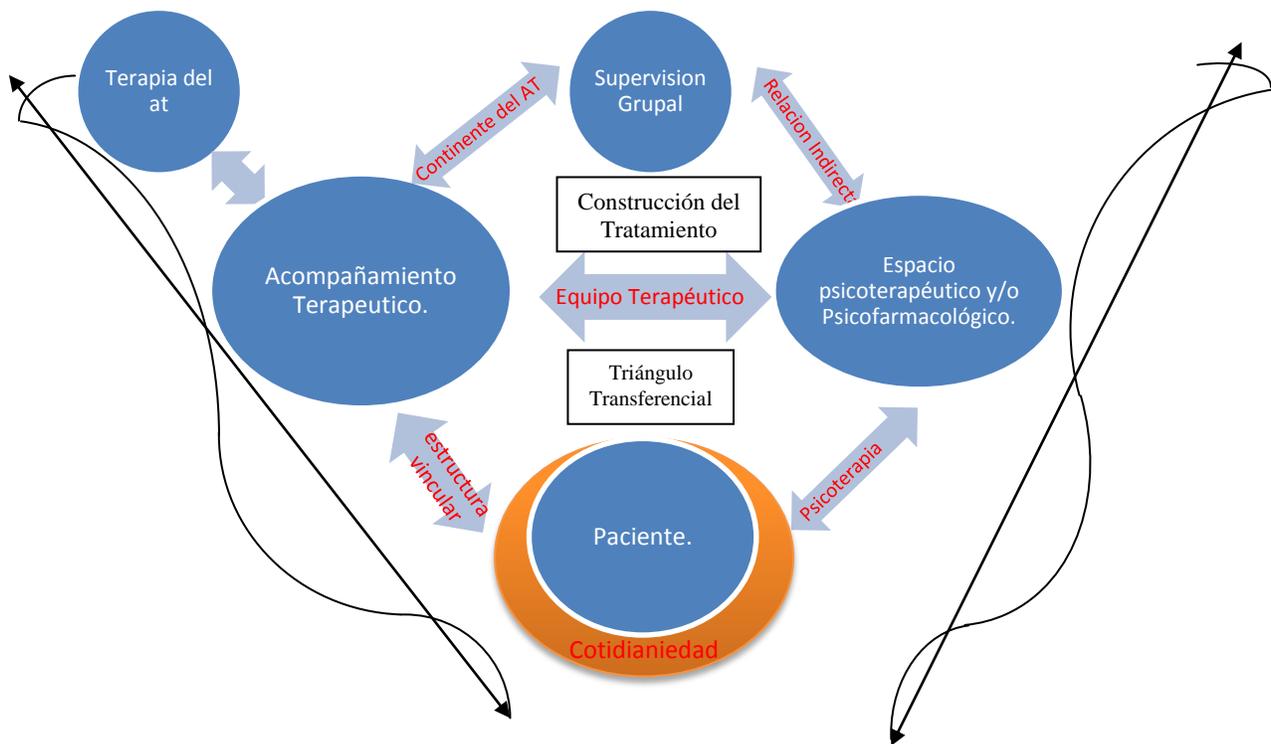
| | P.1 | P.2 | P.2 ^a | P.3 | P.3a | P.4 | P.5 | P.5a |
|---------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| diagnostico | Esquizofrenia-paranoide | Esquizofrenia- simple | Psicosis residual | Esquizofrenia-catatónica | Esquizofrenia-paranoide | esquizofrenia | esquizofrenia | esquizofrenia |
| Edad | Adulto mayor | Joven | Joven | Adulto mayor | Adulto mayor | Adulto mayor | Adulto mayor | Adulto mayor |
| Genero | M | M | M | M | F | F | F | F |
| Cantidad ATs | 1 (at.1) | 1 (at.2) | 1 (at.2) | 2 (at.3, at.4) | 1 (at.3) | 1(at.4) | 1 (at.5) | 1 (at.5) |
| Genero at | M | M | M | F-F | F | F | F | F |
| Modalidad | Domiciliaria | Domiciliaria-internación | Domiciliaria | Domiciliaria | Domiciliaria | domiciliaria | Centro de día | Domiciliaria |
| Frecuencia | 3d/2 hs | 2d/2 hs | 2d/2 hs | 5d/3 hs | 2d/2 hs | 3d/2 hs | 2d/ 2hs | 2d/2 hs |
| Equipo Terap. | psiquiatra | psiquiatra | psicólogo | Psiquiatra | Psiquiatra | psiquiatra | Psiquiatra | Psiquiatra |

Conclusión: Integración de los campos vinculares, at-paciente-equipo terapéutico-supervisión

El AT en el tratamiento con pacientes psicóticos, es un dispositivo que se establece por medio de encuentros sucesivos y pautados entre un acompañante terapéutico y un paciente en el ámbito cotidiano de éste último. Permitiendo que entre ellos se diseñen tareas que tengan un sentido subjetivo para el paciente en relación a sus deseos y que el acompañante realice intervenciones a modo de funciones, acciones y construcciones interpretativas terapéuticas.

A su vez, el AT está montado y sostenido por el equipo terapéutico encargado de diagramar los objetivos y la estrategia del trabajo cotidiano. El grupo construye un pensamiento situacional acerca de la problemática del paciente y cada agente atiende ciertos aspectos dependiendo del tipo de tratamiento. En líneas generales la psiquiatría contempla mínimamente el aspecto psicofarmacológico, como la psicología el aspecto psíquico y todos aquellos agentes específicos que puedan sumarse como enfermería, asistencia social, psicopedagogía, etc. asumen ciertos aspectos de la problemática.

Por último el acompañante terapéutico se incorpora junto al grupo de supervisión. Este tiene una mirada multifocal sobre la problemática y es un continente de las múltiples depositaciones transferenciales que se dan en el AT. A su vez, la supervisión está encargada de integrar todos los elementos que se entrelazan en el dispositivo de acompañamiento terapéutico, ya sea el vínculo entre el paciente y el at, el equipo terapéutico y el at, la familia y el at y cualquier individuo o grupo que tenga vinculación en el campo de acción del AT.



La ingeniería del AT confluye en la construcción de redes de sostén, de contenedores de continentes de contenidos, es un embudo en espiral que cobra sentido y eficacia en la recursividad de los múltiples sujetos inter-relacionados. Cada esfera tiene un significado nodal de sí mismo y entre sí mismos, la ruptura o desligazón de uno de ellos inestabiliza el rendimiento de los otros, ya sea por una sobrecarga, o por ausencias de funcionalidades. Es decir, si en el AT el vínculo con el equipo terapéutico tiene una ruptura o nunca existió, el at queda atrapado en una relación especular con el paciente, en detrimento de este. Como así también, si la mentalidad grupal en la supervisión se estereotipa, el riesgo recae en una indigestión de la experiencia emocional del at y fundamentalmente atenta la relación vincular terapéutica entre el paciente y el at. El acompañamiento tiene como condición necesaria la formación de grupabilidad para que sea un dispositivo efectivo en un sentido terapéutico.

Por último, si posiciono la mirada en el acompañante terapéutico, el aprendizaje y sostenimiento del dispositivo radica en el atravesamiento de las múltiples experiencias vinculares que se vivencian en el campo del AT. Convoca al at a forjar la capacidad de contener a otro en la adversidad del sufrimiento psíquico y a tener la agudeza de dejarse ser contenido por otro grupal. El AT realiza movimientos dialécticos pendulares: de las vivencias escénicas de la cotidianidad con el paciente a las representaciones de los conflictos a abordar junto al equipo terapéutico; de la construcción situacional de la problemática, a la acción de intervenir en el encuentro cotidiano; de

la comprensión empática de las depositaciones transferenciales del paciente, a la metabolización de las ansiedades en el continente grupal; de los actos y palabras que se producen en el vínculo a la simbolización de la cosa-en-sí-misma. El at lleva al límite la ficción transferencial, implicado y complicado en la cotidianeidad del otro, instrumenta su mundo interno de pensamientos, su corporalidad y sus recursos cotidianos, en el intento de sumergirse en la profundidad de la escena y la búsqueda emergente de la subjetividad deseante del otro.

Bibliografía.

- Ágora, G. (Agosto de 2008). *Presentación del dispositivo Ágora*. Jornada pre-congreso Porto Alegre. Córdoba.
- Alvarez, A. (2008). La psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia. Revista Psimonart. Buenos Aires.
- Alonso, L. (1998). La mirada cualitativa en sociología. Fundamentos. Madrid
- Asiner Favier, D. ; Eksztain, M. ; Inda, N. ; Krakov, H. A. ; Makintach, A. J. ; Misgalov de Mondolfo, N. ; Rolfo, C. ; Sternbach, S. ; Puget, J. (2001). *La pareja y sus anudamientos: erotismo - pasión - poder - trauma*. Buenos Aires.
- Barugel, N. (2009). Melany Klein, Hoy. Adisamef. Buenos Aires. Consultado el día 10 de diciembre de 2010 en: http://www.adisamef.com/fondo%20documental/psicoanalisis/9_melanie_klein_hoy.pdf
- Berenstein, I (1986). Estructura Familiar Inconsciente, ampliaciones hacia la psicopatología. IX Jornadas Anuales de AAPPG. Buenos Aires. Vol. XII. Amorrortu. Buenos Aires.
- Berenstein, I. Puget, J.(2001). *Psicoanálisis de la Pareja Matrimonial*. Paidós. Buenos Aires.
- Berenstein, I. (2004). Devenir otro con otro(s). Paidós. Buenos Aires.
- Berenstein, I. (2007). Del ser al hacer. Paidós. Buenos Aires.
- Bernard, M. Edelman, L. Kordon, D, LHoste, M. Segoviano, M. Cao, M. (1995). Desarrollos sobre grupalidad: una perspectiva psicoanalítica. Ed. Lugar. Buenos Aires.
- Bianchi, M. (S.F.). W. Bion: un recorrido por su obra y su vida. Consultado el día 8 de setiembre de 2010 en: http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Psicoanalisis/articulos/vida_bion.pdf
- Bion, W. (1990). Experiencia en grupos. Paidos. Buenos Aires.
- Bion, W. (2002). Aprendiendo de la experiencia. Paidos. Buenos Aires.
- Bion, W. (2003). Volviendo a pensar. Paidos. Buenos Aires
- Bleger, J. (1998). Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico. Paidos. Buenos Aires.
- Bologna, E. (s. f.) *Introducción a las Técnicas de Muestreo*. Apuntes. Córdoba.
- Cavagna, N. (26 febrero de 1996). *Mesa redonda sobre acompañamiento terapéutico*. Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires.

- Chayan, K. (2003). La abstinencia en el Acompañamiento Terapéutico. III Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires.
- Cossi, E. (2003). Consideraciones sobre el acompañamiento terapéutico. Página visitada el día 9 de setiembre del 2010 en: <http://es.scribd.com/doc/52155975/CONSIDERACIONES-SOBRE-EL-ACOMPANAMIENTO-TERAPEUTICO>
- Colectivo IOÉ (2010). ¿Para que sirve el grupo de discusión? Una revisión crítica del uso de técnicas grupales en los estudios sobre migraciones. Revista Empiria N19. España
- Dozza de Mendonca, L. Tani Garcia, A. (1995). Estrategias asistenciales para pacientes graves: un intento de conceptualización. Area 3. Madrid.
- Dozza de Mendonca, L. (1999). Lo social es un lugar que no existe. Reflexiones desde el AT de pacientes psicóticos. INFOCOP. Madrid.
- Erroteta, J. (2009). Transferencia y contratransferencia en pacientes psicóticos. Revista Norte de salud mental. Madrid.
- Fernandez D'adam G. y Col. (2005) Haciendo Caminos... Primer Tramo: Manual Guía para el Acompañante Terapéutico. Gabas. Buenos Aires.
- Fernanedz, A. (1989). El campo grupal: notas parfa una genealogía. Nueva Vision. Buenos Aires.
- Frank, M. L. (2008). Encuadre y Acompañamiento Terapéutico. Fundación Sistere. Córdoba.
- Frank, M. L. (2008). *Intervenciones en AT: desafío clínico en la postmodernidad*. III Congreso Internacional, IV Congreso ibero-americano, II Congreso brasileño de Acompañamiento Terapéutico. Porto Alegre.
- Frank, M. L. y Leblebidjian, L. (1998). *Una Aproximación al Acompañamiento Terapéutico*. A fuente. Córdoba.
- Freud, S.(1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Amorrortu. Buenos Aires
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. Amorrortu. Buenos Aires
- Freud, S. (1924). La perdida de realidad en las neurosis y psicosis. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. Amorrortu. Buenos Aires.
- Grinberg, L., Sor, D., Tabak de Bianchedi, E. (1991). Nueva introduccion a las ideas de Bion. Tecnipublicaciones. Buenos Aires.

- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista L. (1998). P. *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Mc Graw Hil. Santa Fé de Bogotá.
- Idone, O. (1999). Vinculo fraterno y discurso autoritario. XV Jornadas Anuales de AAPPG. Buenos Aires.
- Jaroslavsky, E. (2006). El modelo vincular franco- argentino contemporáneo. Revista psicoanálisis e intersubjetividad N1. Consultado el día 2 enero del 2011 en: <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=160&idd=1>
- Klein, M. (1946). Notas sobre los mecanismos esquizoides.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (1985). Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica. Trieb. Buenos Aires
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2003). *Acompañantes Terapéuticos. Actualización Teórico Clínica*. Letra Viva: Buenos Aires.
- Resnizky, S. (2004). Jornada Actualización Teórico-Clínica en Acompañamiento Terapéutico. (Inédito). Escuela de Acompañamiento Terapéutico. Desgravación. Córdoba.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2005) *Territorios de Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva: Buenos Aires.
- Kuras de Mauer, S. (octubre 2006). Metapsicología del Acompañamiento Terapéutico. Revista Actualidad Psicológica Año XXXI – N 346. Periódico Mensual. Buenos Aires.
- Laplanche, J. Pontalis, J. (2005). Diccionario de psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires
- Manson, F., Rossi, G., Pulice, G., Frank, M., Dragotto, P. (comp.)(2002) Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Ed. Polemos.
- Moguillasky, R. y Seiguer, G. (1996). La vida emocional de la familia. Lugar. Buenos Aires.
- Moguillansky R y Nussbaum S. S.F.). Seminario de teoría y clínica vincular. Campus virtual de Apdeba. Buenos Aires.
- Pachuk, C. Friedler, R. y otros. (1998) .Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Ed. Del Candil. Buenos Aires.
- Pichón Riviere E. (1956). Teoría del vínculo. Ed. Nueva visión. Buenos Aires.
- Pichon-Riviere, E. (1975) El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I. Nueva Visión. Buenos Aires
- Pichon-Riviere, E. (1977). La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II). Nueva Visión. Buenos Aires

- Pulice, G., Rossi, G. (1997). Acompañamiento Terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización. Polemos. Buenos Aires.
- Pulice, G. (2005). La problemática de la amistad en el acompañamiento terapéutico. Fichas de la cátedra. Buenos Aires.
- Rossi, G. (2006). *Historia del A.T. Movimientos sociales y en Salud Mental en Argentina de los años 60 y surgimiento de esta practica*. Apuntes acompañamiento terapéutico. Córdoba.
- Rojas, M. (2000). Modelizaciones en psicoanálisis familiar: aproximación teorico-clinica a la familia de hoy. XXIII Jornadas Anuales de AAPPG. Buenos Aires
- Saurí, F. (1997). *¿Qué es acompañar? El acompañamiento terapéutico en las distintas etapas de la vida*. Desgravación de Conferencia: Jornada “Una aproximación al Acompañamiento Terapéutico”. Córdoba.
- Sygma, Grupo (2010). Grupalidad y Supervivencia. Ed. Polemos. Buenos Aires.
- Solimano, A. (2007). Psicoterapia de las psicosis. Conferencia de apdeba. Buenos Aires. Consultado el día 15 de agosto de 2010 en: www.apdeba.org.
- Solimano, A. (2009). Trauma y Realidad. Conferencia de apdeba. Buenos Aires. Consultado el día 15 de agosto de 2010 en: www.apdeba.org.
- Spivacow, M. (2005). Clínica Psicoanalítica con Parejas. Lugar. Buenos Aires.
- Spivacow, M. (1999). Los funcionamientos inconscientes en el vínculo de Pareja. XIV Jornadas Anuales de AAPPG. Buenos Aires.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de Significados. Paidós. Buenos Aires.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2003). *Técnicas para Investigar y Formular proyectos de Investigación. Volumen I*. Brujas. Córdoba.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2006) Investigación etnográfica e investigación acción. Técnicas para investigar la escuela. Tercera edición. Brujas. Córdoba.
- Armenio, M. (2002) Historia del Rol del A.T. [Homepage]. Consultado el día 26 de agosto de 2008 en http://portalat.vilabol.uol.com.br/armenio_historia_rol_at.htm
- Cossi, E. (s. f.). Consideraciones sobre el acompañamiento terapéutico. Consultado el día 12 de septiembre de 2008 en <http://portal.uarg.unpa.edu.ar/material/2modulo/consideraciones%20sobre%20el%20acompañamiento%20terapeutico.doc>

Anexos.

Los registros tomados al grupo de discusión comprenden de cinco encuentros, dos horas de duración en un periodo semanal entre cada toma de datos. Se han tomado los recaudos pertinentes a los fines de proteger la identidad de los participantes de la investigación y de todas aquellas personas que directa o indirectamente forman parte del discurso proporcionado, como así también la preservación de la información clínica provista. Se han modificado aquellos datos personales relacionados a la edad, lugar de residencia y otros que pudieran revelar la identidad de los sujetos.

Por motivo de resguardo y preservación de la confidencialidad de las personas antes mencionadas los anexos quedarán solamente a disposición del tribunal evaluativo en caso de que lo soliciten. Si una persona ajena a la investigación y al comité evaluativo solicitaría el archivo de los registros de los datos en bruto de la investigación el autor evaluará y decidirá si es conveniente facilitar la información.
