

ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO CON PERSONAS CON PATOLOGÍAS MENTALES GRAVES

2ª Edición actualizada

LEONEL DOZZA DE MENDONÇA

Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Psicología Clínica. Fue Director de la Miniresidencia Alcalá de Henares, del Equipo de Apoyo Social Comunitario y del Centro de Día "Parla" (Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Com. De Madrid, Fundación Manantial). Autor de los libros "Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano" y "Acompañamiento Terapéutico: encuentros y desencuentros entre la vaca loca y el pato lógico"

Curso válido como mérito formativo que puntuará para la obtención de las Acreditaciones Nacionales del Consejo General de la Psicología.





Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE	3
Acompañamiento Terapéutico con Personas con Patologías Mentales Graves	
FICHA 1	24
El caminar anárquico de María	

Documento base.

Acompañamiento Terapéutico con Personas con Patologías Mentales Graves¹

INTRODUCCIÓN

El Acompañamiento Terapéutico es una práctica clínico-asistencial que suele tener lugar en el contexto comunitario y domiciliario de la persona atendida. Puede emplearse en diferentes problemáticas, como pueden ser las patologías mentales graves (sobre todo psicosis y trastornos *borderline*, a los que me ceñiré en este curso), drogadicción, pacientes terminales y en diversas situaciones vitales y de salud (trastornos neurológicos, demencias etc.) que puedan conllevar riesgo de exclusión social y pérdida de autonomía y calidad de vida. También se emplea en el ámbito escolar y más recientemente se viene empleando, sobre todo en Argentina, en el ámbito judicial (por ejemplo, en situaciones de orden de alejamiento, a través de visitas programadas con la presencia de un Acompañante Terapéutico; ver Dragotto y Frank, 2012, 21-37).

El proceso de Reforma Psiquiátrica en diferentes países implicó la apertura y hasta cierto punto la extinción de los hospitales psiquiátricos tradicionales. Ello trajo como consecuencia que muchos pacientes que habían estado ingresados durante años e incluso décadas, de repente son “devueltos” a la comunidad y a sus domicilios familiares; de modo que en este contexto histórico se produce una problemática muy importante, y es que, si bien es cierto que se abrieron las puertas de los hospitales psiquiátricos y los pacientes volvieron a la comunidad y a sus domicilios familiares, resulta que durante muchos años los profesionales siguieron dentro de las instituciones². Aquí se produjo una situación de abandono en la comunidad, de tal modo que en muchos casos la única alternativa para estos pacientes seguía siendo el ingreso psiquiátrico, generando lo que se ha dado denominar fenómeno de la “puerta giratoria”.

Podría decirse que el Acompañamiento Terapéutico surge en y desde esta laguna o abismo entre la sobreprotección institucional y el abandono comunitario.

No se trataba por tanto de promover exclusivamente la integración comunitaria de los pacientes, sino también de gestionar la integración comunitaria de los profesionales.

El Acompañamiento Terapéutico es una práctica relativamente reciente cuyos “orígenes” podríamos situar en los años setenta, sobre todo en Argentina y Brasil (ver próximo apartado).

Cuando en el año 1986 empecé a Acompañar a mi primer paciente en Sao Paulo, había tan sólo un libro publicado sobre el tema (Mauer y Resnisky, 1985). Por lo demás, circulaban algunos artículos inéditos y con poca relevancia teórica, por lo general escritos por Acompañantes Terapéuticos más bien novatos que, más que transmitir unos conocimientos adquiridos, parecían buscar compensar con los escritos la precariedad de los programas de formación y bibliografía.

Los supervisores (única referencia de cierto saber) solían ser terapeutas de orientación psicoanalítica con experiencia en el tratamiento de pacientes psicóticos en recursos abiertos (hospitales de día, etc.), pero que no habían trabajado específicamente como Acompañantes Terapéuticos.

¹ El presente texto deriva de una revisión de algunos fragmentos de la tesis doctoral “Acompañamiento Terapéutico: un análisis descriptivo de la intervención en la atención sociocomunitaria a pacientes con psicosis” (2012), que posteriormente fue parcialmente publicada (Dozza, 2014)

² Desde entonces, en España se han ido creando diversos recursos abiertos y también equipos de intervención comunitaria. En este sentido, destacaría los Equipos de Apoyo Social Comunitario (Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid) que empezaron a implantarse desde 2005 y que en la actualidad cuenta con una amplia red de recursos. Aunque no se hace Acompañamiento Terapéutico en sentido estricto, los profesionales que trabajan en este tipo de recursos pueden beneficiarse de esta formación (y de hecho llevo más de veinte años dedicándomelo a ello).

En el año 1989 el Equipo de Acompañantes Terapéuticos del Hospital Día “A CASA” hemos organizado el “Primer Encuentro de Acompañantes Terapéuticos de Sao Paulo”. Los trabajos entonces presentados forman parte del segundo libro publicado sobre el tema (AAVV, 1991).

Desde entonces, el cuentagotas de las publicaciones intensificó su goteo, aunque hasta la actualidad ese goteo nunca llegó a ser un chorro, y quizás empiece a ser un hilo.

Estos señalamientos apuntan a una todavía importante precariedad teórica en lo que respecta a la Clínica del Acompañamiento Terapéutico; precariedad que parece derivada de su corto tiempo de existencia, de que todavía hoy en día hay relativamente pocos Acompañantes Terapéuticos con una larga trayectoria en este campo, y también de que esta práctica parece resistirse en mayor medida a la conceptualización sistematizada, y ello quizá debido a sus bordes difusos (por ejemplo, entre lo clínico y lo cotidiano), a tal punto que en sus comienzos al Acompañante Terapéutico se le denominaba “Amigo Cualificado” (ver a continuación).

Además, la dificultad para teorizar sobre esta práctica parece deberse a que por lo general las ofertas formativas y publicaciones sobre clínica dan por sentado que la intervención se llevará a cabo en un espacio físico delimitado de tratamiento y rehabilitación, en el cual el terapeuta administra una serie de variables del encuadre... pero en Acompañamiento Terapéutico no es así. Por ejemplo: en la consulta el paciente viene a vernos y nosotros organizamos una serie de variables, desde la forma de recibirle, hacerle esperar si llega antes, la disposición de los muebles etc.; mientras en Acompañamiento Terapéutico suele ser el paciente el que nos recibe en su casa, o no nos recibe, o nos hace esperar etc.

Así que esos bordes difusos, junto con ese desplazamiento hacia la comunidad y el contexto familiar-hogareño del paciente, van a producir sobre todo en un primer momento cierto “descoloque” en cuanto a pensar la clínica, la actitud profesional, el encuadre, qué es una intervención, cómo intervenir, cómo conceptualizar etc.

A su vez, ese “descoloque” y esa precariedad son los que permiten, impulsan e incluso exigen una potencia creativa, el tener que “inventar” clínica y teoría, deconstruir el conocimiento instituido y cuestionar lo supuestamente sabido sobre todo cuando ello ya no da cuenta de los fenómenos clínico-cotidianos con los que se encuentra el Acompañante Terapéutico.

Por lo tanto, estas especificidades del Acompañamiento Terapéutico requieren, imponen y a la vez posibilitan otras teorizaciones y posiblemente otros modos de teorizar; quizá imponen y posibilitan repensar a la psicosis misma porque cuando la psiquiatría del siglo XIX decía (y algunos siguen diciendo) que lo que hoy en día denominamos esquizofrenia, a cada nuevo brote, siempre cursaba con deterioro y secuelas irreversibles, esa teoría sobre la esquizofrenia era correcta, pero era correcta justamente en función de las formas que tenían de tratar a las personas con esquizofrenia (encierro y posteriormente mediante el tratamiento moral y medicamentoso).

Con la apertura de los hospitales psiquiátricos tradicionales, la puesta en marcha de estructuras intermedias, recursos comunitarios de tratamiento y rehabilitación, hoy en día conocemos a un sujeto psicótico con más capacidades conductuales, cognitivas y psíquicas que las que se creía que poseía.

Hoy en día estamos en proceso de conocer a “otro” sujeto psicótico, menos residual, menos deteriorado, disociado, y desde luego menos condenado por una supuesta estructura que le impone un deterioro progresivo sin retorno. Incluso (y a diferencia de lo que dicen algunos en la actualidad) un sujeto psicótico menos condenado por su estructura a no tener acceso al pensamiento simbólico, ni al reconocimiento de la otredad, ni al sentido del humor, ni a disfrutar de una sexualidad “plena” etc.

Algunas investigaciones recientes también apuntan a un sujeto psicótico no necesariamente condenado a tener que tomar medicación psiquiátrica el resto de su vida (ver May, 2005) siempre que cuenten con el debido apoyo psicosocial (y ahí entraría la función del Acompañamiento Terapéutico).

Entonces no existe, o no es viable, un estudio de la psicosis (y su recuperación) por sí sola, porque ese objeto de estudio “no existe” como entidad aislada, y menos aún si se pretende hablar de la psicosis desde la perspectiva de su cotidianeidad hogareña y comunitaria.

El objeto de estudio existente es el vínculo, el psicótico en su contexto histórico, cultural, comunitario, familiar, de tratamiento y con todas las (im)posibilidades de inclusión y exclusión que ello conlleve (respecto a la concepción vincular en Acompañamiento Terapéutico, ver Dozza, 1999a).

Y resulta que el Acompañamiento Terapéutico trata justamente de transformar y ampliar las posibilidades de inclusión en el seno mismo del proceso de transformación permanente de ese objeto de estudio que es la “psicosis en su contexto”.

No sería equivocado decir que los Acompañantes Terapéuticos (así como todo trabajador comunitario) son los principales testigos y promotores de un sujeto psicótico “en permanente construcción histórica”, con unas capacidades desconocidas para un gran número de psiquiatras, psicoterapeutas, etcétera (independientemente de su teoría de base).

Podría sonar contradictorio el que haya empezado destacando la precariedad teórica del Acompañamiento Terapéutico para luego pasar a presumir de unas capacidades teorizantes tan potentes. Pero no hay en ello ninguna contradicción si se tiene en cuenta que tales capacidades teorizantes están por desarrollar al igual que están por desarrollar muchas capacidades en las personas con psicosis, en sus familias y en aquellos que tratamos de tratarles.

El tema es importante justamente por ese optimismo que inspira y al que apunta (a diferencia del pesimismo de la teoría del deterioro progresivo y la cronicidad estancada), así como por la gran dosis de libertad creativa que exige y permite en lo que respecta a deconstruir y crear teorizaciones.

HISTORIA DEL ROL DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Podría decirse que el rol de Acompañante Terapéutico fue «fecundado» en los tiempos del “movimiento antipsiquiátrico”³. A continuación intentaré trazar el recorrido que va del surgimiento del rol de Auxiliar Psiquiátrico, en aquellos tiempos, al de Acompañante Terapéutico en la actualidad.

Aunque el Acompañamiento Terapéutico ha surgido en Sudamérica como un todo, parece ser que se ha desarrollado en mayor medida y amplitud en Argentina y Brasil. Analizaré este recorrido histórico según su desarrollo en Brasil; en parte porque se trata de mi país de origen, pero también por la mayor cantidad de bibliografía de la que dispongo. En todo caso, si tuviésemos que asignarle un lugar de comienzo del Acompañamiento Terapéutico, ese lugar sería Argentina.

Fundamentalmente, el movimiento antipsiquiátrico planteó dos críticas respecto a la psiquiatría organicista, a saber: su carácter inhumano y su ineficacia terapéutica, ambas derivadas de una concepción exclusivamente organicista e individual de las enfermedades mentales (cf. AAVV, 1991, 24). Basada en esta concepción, la psiquiatría proponía (y en cierta medida sigue proponiendo) el tratamiento exclusivamente medicamentoso, por electroshock, etc., de los pacientes, que eran sometidos al confinamiento en asilos psiquiátricos.

A la vez que plantea estas críticas, el movimiento antipsiquiátrico denuncia la importancia de los aspectos psicológicos, familiar, social, cultural e ideológico, en cuanto elementos actuantes en el proceso del enfermar psíquico, así como en la elaboración de teorías y estrategias clínicas (ver Basaglia y otros, 1968; Laing, 1969).

Esta crítica ideológica y epistemológica en el campo de la salud mental impulsó un replanteamiento de los métodos de tratamiento, de los espacios físicos empleados y los profesionales implicados.

En lo que se refiere a los espacios físicos surgieron las comunidades terapéuticas, donde los pacientes podían transitar libremente y realizar actividades que contribuyesen a su rehabilitación personal y social. Esta reestructuración organizacional e institucional impuso no sólo el replanteamiento de los roles desempeñados por los agentes de salud mental ya existentes, sino también la inserción de nuevos roles en este campo. En este contexto histórico surgió el rol de Auxiliar Psiquiátrico. En su gran mayoría, los que asumían esta función carecían de formación específica (cf. AAVV, 1991, 47).

Entre el fin de la década de los sesenta e inicio de los setenta, en Brasil empezaron a surgir las comunidades terapéuticas, donde el Auxiliar Psiquiátrico tenía la función, entre otras, de acompañar a los pacientes en las actividades allí desarrolladas (juegos, fiestas, deporte, teatro; cf. *ibidem*, 44).

Si bien en un primer momento todo ello representó un avance importante, el hecho es que los Auxiliares Psiquiátricos seguían realizando gran parte de su trabajo dentro de las comunidades terapéuticas. El propio Basaglia (1968, 19) ya advertía que la comunidad terapéutica no constituía una finalidad, sino una fase transitoria. Era necesario dar un paso adelante, y «*un paso adelante significa, en esencia, un paso hacia afuera del hospital psiquiátrico, hacia la comunidad*» (Cooper, 1967, 117).

Más allá de este proyecto, debido a la dictadura político-ideológica, las comunidades terapéuticas empezaron a desaparecer en Brasil, con lo cual se produjo un retroceso al régimen asilar. A raíz de ello, también desaparecieron los

³ Emplearé la expresión “movimiento antipsiquiátrico” para referirme a la antipsiquiatría inglesa, la psiquiatría democrática italiana y la psiquiatría institucional francesa, movimientos que (sobre todo en los años 60 y 70) fueron precursores de las llamadas reformas psiquiátricas en diversos países. En España, la Reforma Psiquiátrica se produjo a mediados de los años 80.

Auxiliares Psiquiátricos, que pasaron a ser solicitados por psiquiatras y psicoanalistas que trabajaban en la consulta o instituciones privadas. Dichos profesionales (en su mayoría de orientación dinámica) encontraban grandes dificultades para mantener a sus pacientes psicóticos fuera de los hospitales psiquiátricos tradicionales. Así, los entonces llamados Auxiliares Psiquiátricos pasaron a ser requeridos para trabajar en casa del paciente y realizar actividades en el contexto comunitario (cf. AAVV, 1991, 23 y 45). Poco a poco este nuevo agente pasó a ser llamado Amigo Cualificado.

Sobre todo en un primer momento, este nuevo rol surgió fundamentalmente como recurso alternativo al ingreso psiquiátrico, y sólo posteriormente se empezó a desarrollar una reflexión acerca de la clínica (cf. Mauer y Resnizky, 1994, 8).

Parece ser que Eduardo Kalina (Argentina) fue uno de los primeros profesionales que trabajó de forma sistemática con Amigos Cualificados (cf. Mauer y Resnizky, 1985; Kalina, 1986). En Brasil, las principales referencias en este sentido son el Hospital Día «A CASA» (São Paulo) y la «Clínica Vila Pinheiros» (Rio de Janeiro).

Aunque no sea posible precisarlo, el término «Amigo» parece haber sido acuñado con el “objetivo” de consolidar la idea del vínculo afectivo-profesional interpersonal como elemento fundamental en la clínica de la psicosis. Además, todo apunta a que «amigo» también vino a señalar un intento de ruptura respecto a los modos de vinculación instituidos por la psiquiatría (distancia afectiva, ideológica y corporal en la relación con los pacientes, relaciones de poder). En cierta medida, esta denominación contribuyó a romper (o nombrar la transformación de) una serie de formalidades extremadamente asimétricas que componían el edificio conductual de la organización defensiva de los profesionales, así como de lo instituido.

Por otra parte, con el término «Cualificado» se intentaba señalar el status profesional del rol. De hecho, poco a poco este mercado laboral pasó a ser ocupado fundamentalmente por profesionales recién formados y estudiantes de psicología y medicina, aunque no necesariamente. En un artículo titulado «¿Acompañante Terapéutico o Amigo Cualificado en la familia?», el autor señala que en los comienzos de esta práctica:

[...] se hacía la selección apenas con base en la estructura emocional del que ejercería esta función, sin considerar la formación didáctica. Lo importante era saber si el individuo poseía una formación yoica que le permitiera establecer contacto con un paciente de diagnóstico grave, y con la dinámica familiar que lo envuelve. Fue por ello por lo que al comienzo se utilizó el término Amigo Cualificado; es decir: alguien cualificado para el trabajo; pero no tenía que ser, necesariamente, psicólogo o psiquiatra”. (Inédito, referencias desconocidas; trad. Leonel Dozza)

Lo que se buscaba eran personas «emocionalmente cualificadas» para establecer un contacto íntimo con el paciente y su cotidianeidad.

De todas formas, el rol de Amigo Cualificado contribuyó a dar el paso hacia la comunidad que proponía Cooper. Sin embargo, con el tiempo se fue percibiendo que el término «Amigo Cualificado» provocaba una serie de malentendidos en el paciente y la familia, así como en el que ejercía esta función. Los pacientes solían expresarlo con una pregunta típica: «si eres mi amigo ¿por qué cobras para venir a verme?» Esta ambigüedad muchas veces provocaba sentimientos negativos hacia el Amigo Cualificado, quien tampoco sabía muy bien cómo responder a la pregunta (cf. Grupo do Hospital Día A CASA, 1986, 3).

A su vez, en la familia la ambigüedad del término fomentaba la negación de que la presencia del Amigo Cualificado en la casa se debía a la enfermedad de la cual uno de sus miembros era el portavoz. En estos casos, el Amigo Cualificado era tratado como «el amigo de mi hijo», «el novio de mi hija», etc. (expresiones que aún hoy aparecen con cierta frecuencia en los Acompañamientos Terapéuticos).

Teniendo en cuenta que la presencia de un profesional en el hogar familiar suele resultar persecutoria, cabe señalar que lo es tanto para la familia como para el terapeuta. Si bien este último suele resultar amenazador para la organización familiar, en mayor o menor medida se sentirá un intruso; perseguidor pero también perseguido.

Podría pensarse que el término Amigo Cualificado también sirvió para aminorar las ansiedades de los familiares y «profesionales» que ejercían esta función, sobre todo en la medida en que estos últimos no contaban con la suficiente formación para lidiar con las situaciones específicas del Acompañamiento Terapéutico, incluidas aquellas que suelen producirse en el hogar de pacientes psicóticos (peleas, escenas de «crueldad», sabotaje del tratamiento, criticismo hacia el profesional etc.).

Las ambigüedades presentes en la denominación «Amigo Cualificado» parecen reflejar la fragilidad de un rol naciente. Habría que llamarlo, más bien, «pseudoamigo pseudocualificado». «Pseudoamigo» porque se trataba de una

relación terapéutica y laboral, remunerada, basada en una propuesta de tratamiento; y «pseudocualificado» porque se carecía de una teorización y formación mínimamente específicas.

Estos cuestionamientos y dificultades parecen haber contribuido a que poco a poco la denominación «Amigo Cualificado» fuese sustituida por «Acompañante Terapéutico».

[...] Cuando se empleaba la expresión «amigo cualificado», se acentuaba, como es evidente, el componente amistoso del vínculo; mientras al reemplazarlo por la denominación actual se acentuó lo que de terapéutico tiene este tipo de función asistencial.[...] El acompañante terapéutico no es un amigo aunque pueda establecer lazos afectivos muy fuertes con el paciente. Forma parte de un equipo psicoterapéutico, realiza una tarea asistencial y, además, es remunerado por su trabajo. Desde la perspectiva tempo-espacial, la frecuentación (cantidad de horas, horarios) se estipula y se mantiene". (Mauer y Resnizky, 1985, 27)⁴

Así, el término «Acompañante Terapéutico» marcó otro punto de transición en la evolución de este rol. El énfasis en el talante terapéutico de la relación revela el reconocimiento de la necesidad de una formación específica y supervisión; además, apunta hacia la importancia del establecimiento de un encuadre que posibilite una mejor delimitación de la tarea y del rol.

Resumiendo, diría que el pasaje de Auxiliar Psiquiátrico a Amigo Cualificado marcó el proceso por el cual éste último (en cuanto rol) se «despegó» concretamente del encuadre, normas y muros de las comunidades terapéuticas y hospitales. La ambigüedad y fragilidad del rol fueron inevitables en un primer momento, dado que todo cambio de semejantes dimensiones invariablemente conduce a que «*las identidades se deshacen en añicos; no sólo la del paciente (en cuanto loco), sino también las del psiquiatra y el enfermero*» (Bauleo, 1988, 13). Por otra parte, el pasaje de Amigo Cualificado a Acompañante Terapéutico parece señalar el intento de repensar y redefinir la identidad, tarea y rol de este nuevo agente clínico-asistencial.

CLÍNICA DE LO COTIDIANO

Cuando en 1990 empecé a hablar de Acompañamiento Terapéutico en España, pocos profesionales conocían el tema. Me llamaba la atención el hecho de que algunos lo asociaban al voluntariado, como si el trabajo en la comunidad y domicilio fuese algo que lo pudiese hacer cualquiera desde su buena voluntad (sin necesidad de formación) y gratis. Yo diría (y lo veremos) que el trabajo en la comunidad y en el domicilio es mucho más complejo que las intervenciones que tienen lugar en contextos específicos (consulta, centro de rehabilitación etc.), y por lo tanto requiere una formación específica y rigurosa.

Sin embargo, el Acompañamiento Terapéutico es una práctica todavía “joven”, relativamente poco teorizada, y trabajamos desde un considerable nivel de precariedad teórico-técnica. Incluso me atrevería a afirmar que esta relativa precariedad la encontramos en las propuestas de intervención comunitaria en general, sobre todo si entendemos por intervención comunitaria aquella en que no sólo el paciente, sino también el terapeuta o profesional, está en la comunidad.

Ante esta precariedad, sobre todo los profesionales novatos suelen oscilar entre dos extremos. En uno de ellos está la tendencia a trabajar demasiado desde la “intuición”, el sentido común y la “espontaneidad cotidiana”, como si no hiciese falta una formación específica y rigurosa. En el otro extremo, lo que se observa es una mayor tendencia a emplear esquemas de referencia utilizados en prácticas más consolidadas e instituidas. Es aquí donde el Acompañante Terapéutico (u otro trabajador comunitario) puede convertirse en una especie de “(pseudo)psicoanalista ambulante” (en caso de que tenga formación psicoanalítica) o reproducir ciertas prácticas pedagogistas tipo “entrenamiento en habilidades sociales a domicilio” (si tiene formación cognitivo-conductual), que son propias de algunos centros de rehabilitación.

⁴ Los resultados de una encuesta realizada con 34 Acompañantes, en el «I Encuentro de Acompañantes Terapéuticos de Rio de Janeiro» (AAVV, 1984, 13), señalan que «*de cada 10 acompañantes, 9 son del área de la psicología (6 formados y 3 estudiantes), mientras uno es médico.*» En este «Encuentro» todavía se estaba debatiendo si utilizar el término Amigo Cualificado o Acompañante Terapéutico. Por fin, se ha decidido por éste último, lo cual permite ubicar este cambio terminológico alrededor de 1984. Cuando en 1986 empecé a trabajar en este campo, algunos profesionales seguían empleando la expresión «Amigo Cualificado». Que yo sepa, hoy en día ya no la emplea nadie.

Es decir: ante una situación desconocida (intervenir en la comunidad y domicilio) uno tiende a aplicar esquemas de referencia conocidos, que por lo general tienen que ver con la formación que ha recibido o con trabajos realizados en centros de rehabilitación, consultas etc.

Al intervenir en el contexto comunitario y domiciliario, podría decirse que el Acompañamiento Terapéutico es una “práctica poco estructurada”, en el sentido de que las variables y el encuadre son menos controlables en comparación con un centro de rehabilitación o la psicoterapia. Por ejemplo: en un centro de rehabilitación nosotros disponemos unas condiciones para recibir al usuario y sus familiares. En Acompañamiento es al revés... y nunca sabemos con qué “encuadre” nos vamos a encontrar (otros familiares, amigos, perros no amigables; o bien no nos abren la puerta etc. etc.).

Sin embargo, sería más acertado decir que el Acompañamiento Terapéutico se asienta en “otra estructura”; una estructura más compleja, polifacética y polifónica (constantemente atravesada por la participación de familiares, personas de la comunidad, otros profesionales), y a esta estructura más compleja la denominamos Metodología o Clínica de lo Cotidiano, cuyos fundamentos son:

- ✓ El principio de no-intervención
- ✓ La tarea vincular (clínico-asistencial)
- ✓ El encuadre abierto
- ✓ El rol (a)simétrico
- ✓ El Método (noción de “técnica”)
- ✓ La intervención escénica

1. Principio de no-intervención

Una de las características de la Clínica de lo Cotidiano consiste en que, en determinados momentos o casos, el Acompañante Terapéutico (ya sea psicólogo o de otra profesión) optará por no hablar con el paciente y familiares de temas relacionados con la patología mental. En la puesta en escena, ello puede consistir en “hablar por hablar” (de deporte, cine, actualidad), hacer algo “porque sí”, ver la tele juntos, jugar a las damas etc.

Con ello lo que se pretende, entre otras cosas, es desenfocar la identidad de persona con enfermedad mental, debido a que estos pacientes suelen estar todo el tiempo hablando de su enfermedad o estableciendo relaciones y realizando actividades desde este lugar (en las citas con el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, en el centro de rehabilitación etc.). Cuando enfocamos demasiado este aspecto de la identidad de la persona, lo que se pone en juego son sus modos de funcionamiento más deficitarios y dependientes.

Este modelo de (no)intervención se desmarca en cierta medida del modelo médico (centrado casi exclusivamente en la enfermedad, los síntomas y lo deficitario), y trata de orientarse más desde un modelo sociocomunitario basado en la salud.

La Clínica de lo Cotidiano está regida en cierta medida por un “principio de no intervención” en el sentido de que, más allá de aquellas acciones a las que denominamos “intervención” (que como veremos a continuación también se hacen), hay un sin fin de interacciones orientadas a brindar o facilitar la realización de actividades y experiencias terapéuticas y rehabilitadoras.

En la práctica, ello supone una forma estructuralmente distinta de relacionarnos con el paciente. Por ejemplo: desde el modelo médico-clínico uno puede ponerse a hablar de cine con el paciente y tener una escucha estrictamente clínica de lo que dice, absteniéndose uno de opinar activamente acerca de la película y además interviniendo con señalamientos e interpretaciones (esto sería un “psicoanalista ambulante”). Según el principio de no intervención, el hecho de compartir con otro las impresiones subjetivas acerca de la película puede producir, por sí solo, efectos terapéuticos en general, además de ser un facilitador de la vinculación⁵.

Uno podría pensar, entonces, que cualquiera puede hablar de cine con un paciente y por lo tanto no haría falta una formación específica, pero no es así. Se sabe que hay un alto índice de deserción en voluntarios (sin formación) que se ofrecen para acompañar a personas con patologías graves.

⁵ Esta conceptualización deriva en parte de los planteamientos de Winnicott acerca del juego. Según el autor, sobre todo en el trabajo con pacientes graves, “el juego es por sí mismo una terapia”, de modo que “puede efectuarse una psicoterapia de tipo profundo sin necesidad de una labor de interpretación” (Winnicott, 1971b, 75). Para profundizar en esta cuestión se puede leer el capítulo sobre el “Juego y Humor” (Dozza, 2014, 205ss).

El Acompañar cotidiano del Acompañamiento Terapéutico tiene sus “pautas” (de cara a cuidar al paciente pero también al Acompañante), uno no dice cualquier cosa, por más que la puesta en escena sea cotidiana, y además uno no escucha de cualquier forma.

Y justamente otra función de la noción de Clínica de lo Cotidiano consiste en validar teóricamente estos aspectos de la práctica, para que no tengamos la sensación de que no estamos en tarea o de que el trabajo que hacemos lo podría hacer cualquiera.

Esa validación teórica también es importante a la hora de posicionarnos ante las embestidas de los discursos positivistas y organicistas que por lo general rigen las demandas institucionales y de las familias; demandas que muchas veces pueden hacer que el Acompañante (u otro profesional) someta a los pacientes a una sobrestimulación intervencionista que suele estar más bien al servicio de las ansiedades de los profesionales, y no tanto de las necesidades de los pacientes.

Ahora bien: cuando trabajamos en contextos institucionales, ya sea de Salud Mental, Servicios Sociales etc.; los programas oficiales de rehabilitación (“pliegos”) establecen una serie de áreas a trabajar, como pueden ser: las habilidades sociales, funcionamiento cognitivo, AVDs (Actividades de la Vida Diaria), psicomotricidad, afrontamiento personal, ocio y tiempo libre, así como la promoción de una red normalizada de apoyo etc. Si a mí me convocan a justificar formalmente la Clínica de lo Cotidiano, yo diría que cuando “hablamos por hablar” con nuestros pacientes estamos entrenando habilidades de comunicación y actualidad⁶. Cuando jugamos a las damas estamos trabajando aspectos cognitivos, ocio y tiempo libre, el tema de las normas y la tolerancia a la frustración (es decir: afrontamiento personal). Otros juegos permiten trabajar de forma más directa la psicomotricidad y la integración comunitaria.

También les diría que cuando salimos a tomar un café en una cafetería estamos fomentando la creación de eso que se denomina “creación de red normalizada de apoyo”. Es interesante observar que luego hay pacientes que, cuando se sienten solos, angustiados, hartos de sus familiares, van a esta cafetería o a esta plaza tan tranquila que suele frecuentar con su Acompañante. Éste sería un buen ejemplo de “red normalizada de apoyo”; red con la cual el usuario se vincula sobre la base del vínculo con el Acompañante y la frecuentación constante de estos espacios.

El problema aquí se debe a que no es poco frecuente que el profesional se ponga un poco nervioso en este tipo de situaciones en la comunidad, y es el que hace el pedido en la cafetería, pide la cuenta, monopoliza la conversación con el camarero o bien le da a entender que, como está haciendo una intervención, no es conveniente que se “enrolle” demasiado. Así va a ser difícil que el paciente establezca vínculos significativos.

Desde otra perspectiva diría que la “intervención” en el principio de no intervención pasa por cuestionar cómo los profesionales nos vinculamos con los pacientes (ver Dozza, 1999).

Es decir, que aunque desde el principio de no intervención no realizamos intervenciones estrictamente clínicas, en todo momento la tarea del Acompañamiento gira alrededor del universo vincular del sujeto, de sus vínculos familiares, de amistad, con el vecindario, en establecimientos públicos y también los vínculos con los recursos de tratamiento y rehabilitación.

El principio de no intervención también puede facilitar unas relaciones familiares más normalizadas. En más de una ocasión el jugar a las damas con el paciente favoreció que paciente y familiares jugasen a las damas entre ellos, cuando hasta entonces todos los intercambios familiares giraban alrededor del rol de cuidadores de la patología, y por lo tanto de lo más deficitario en el paciente.

También podemos emplear algunos elementos de la cotidianeidad en diversas situaciones y para diferentes finalidades. Sobre todo con pacientes a los que el contacto directo con los demás, y por lo tanto con el Acompañante, les genera demasiada ansiedad, en algunos casos ver la tele juntos puede ser una buena forma de que esta ansiedad no sea excesiva, debido a que la tele opera aquí como un intermediario y, a veces, incluso como un facilitador de la comunicación (a raíz de comentar lo que se está viendo en la tele). Este podría ser un buen ejemplo de “ansiolítico cotidiano” (que muchos hemos usado). De hecho, con este tipo de paciente suele ser importante la presencia de este tercer elemento intermediario, que también puede ser mirar escaparates, ver juntos (o por separado) una revista, jugar a las damas, lo cual facilita, además, el no estar todo el tiempo centrados en la enfermedad mental.

⁶ Una alumna (psicóloga) que participó en una de las ediciones del curso anual que doy en Madrid, después de esta clase comentó que se puso a hablar con su usuaria acerca de cine sin la intención de realizar desde ahí ninguna intervención, y se dio cuenta, después de un año trabajando con esta persona, de que tenía muchas más y mejores habilidades comunicacionales que las que se creía hasta entonces.

Es decir, que a diferencia de lo que ocurre en la vida misma, el Acompañante deberá gestionar esta puesta en escena cotidiana (ver la tele juntos, etc.) desde una metodología clínica. Y aquí diré tajantemente que no cualquier persona puede “charlar por charlar”, jugar a las damas, darse un paseo, tomarse un café, ver la tele, de la misma forma y con el mismo sentido y efecto que pueda hacerlo un Acompañante Terapéutico entrenado; y también vuelvo a insistir en que esta clínica es más compleja que la que se lleva a cabo en espacios delimitados, y por lo tanto requiere una formación rigurosa y específica.

Por último, señalar que el principio de no intervención nos convoca, como profesionales, a replantear nuestra noción de trabajo. De hecho, en muchas ocasiones he supervisado a profesionales que tenían la sensación de “no estar haciendo nada” (según la noción tradicional de trabajo) y que sin embargo el caso marchaba bien.

Diría que la maestría del Acompañante consiste en aplicar su técnica empleando una actitud mental y conductual cotidiana, de modo que el que mira desde fuera apenas se percata de que ahí hay alguien trabajando o “interviniendo”. Sería, en cierto sentido, como el trabajo que hace el actor. Un buen actor emplea su técnica de tal modo que no se vea la técnica, sino tan sólo el personaje.

En cierta ocasión me sorprendí a mí mismo diciendo que el Acompañante Terapéutico es un terapeuta que se parece a una persona...

2. La tarea vincular clínico-asistencial

Mi contribución consiste en pedir que la paradoja sea aceptada, tolerada y respetada, y que no se la resuelva. Es posible resolverla mediante la fuga hacia el funcionamiento intelectual dividido, pero el precio será la pérdida del valor de la paradoja misma.

(Winnicott, 1971b, 14)

Es común observar una serie de conflictos e impases en lo referente a la tarea y el rol del Acompañante Terapéutico. Sobre todo el que está iniciándose en esta práctica suele vacilar y oscilar entre:

- Sentirse y actuar como si fuese una “asistente” o “niñera” a la que se paga para cumplir órdenes (de familiares, psiquiatra).
- Pretender hacer de amigo del paciente o bien adoptar una actitud profesional rígida. Entre otras cosas, esto último puede conducir a adoptar una actitud de «profesor» en el sentido clásico del término, o atenerse casi exclusivamente a los aspectos asistenciales-pragmáticos de la tarea. Otra alternativa consiste en adoptar una serie de actitudes que resultan ser una caricatura de la técnica psicoanalítica clásica.

Desde una conceptualización en términos de paradoja es posible bosquejar un intento de desmarcarse de estos extremos. La paradoja alberga una relación de atravesamiento entre los enunciados, de modo que el Acompañante Terapéutico no necesita decidirse por ninguno de los extremos. Este no tener que decidir es, paradójicamente, la decisión más radical: la paradoja se sostiene desde la decisión de no decidir.

No se trata aquí de un relativismo absoluto e ingenuo en el cual todo puede decirse y desdecirse. Si bien es cierto que no conviene resolver la paradoja, también lo es que conviene enunciarla y recorrer sus posibilidades teóricas y clínicas. Una serie de especificidades del Acompañamiento Terapéutico imponen, en mayor medida, una conceptualización en términos paradójicos. De ahí que en este curso trataré de enunciar las paradojas relativas a la «Clínica de lo Cotidiano», la «Amistad Profesional», la «Técnica Afectiva o Método» y el “Encuadre Abierto”.

La noción de *manejo*⁷ resulta ser de gran utilidad a la hora de pensar acerca de la tarea y el rol en Acompañamiento Terapéutico. En su acepción global y más primaria, tiene que ver con el cuidado, sostén afectivo y efectivo, amparo, intervención en aspectos pragmáticos de la vida cotidiana, etc. (cf. Winnicott, 1964, 160s; Winnicott, 1965, 255, 294).

⁷ El término «*management*» empleado por Winnicott podría traducirse por «manejo, dirección, gerencia, administración». Aunque «manejo» puede conducir a malentendidos (por ejemplo, que se lo entienda en el sentido de manipulación), he optado por mantenerlo debido sobre todo a que es el término empleado en la práctica totalidad de las traducciones al castellano. En unos pocos casos aparece «dirección».

Desde una lectura global podría diferenciarse dos modalidades de manejo: el clínico y el asistencial. Los planteamientos acerca del manejo clínico derivan sobre todo de la labor terapéutica que Winnicott realizó con pacientes graves. En el ámbito de esta tarea, el término «manejo» aparece contraponiéndose a la técnica psicoanalítica clásica; o, en términos positivos, como una *técnica psicoanalítica modificada*, basada fundamentalmente en el manejo clínico de la relación terapéutica.

Winnicott hizo hincapié en la cuestión del manejo sobre todo para manifestar su desacuerdo con la pretensión de algunos psicoanalistas (sobre todo kleinianos) de tratar a pacientes psicóticos mediante la técnica psicoanalítica clásica (pensada para pacientes neuróticos).

En una reunión de la Sociedad Psicoanalítica Británica, celebrada el 21 de Enero de 1953, Segal y Rosfeld presentaron sus trabajos acerca del psicoanálisis de pacientes psicóticos. Al día siguiente Winnicott les escribió. Acerca del trabajo presentado por Segal dijo haber entendido que, según ella, *“no hay ninguna diferencia esencial entre las necesidades de manejo de un paciente psicótico y de un paciente neurótico. Si usted realmente quiso decir esto, que Dios los ayude a sus pacientes psicóticos [...]. Yo diría que los problemas de manejo son esencialmente distintos de acuerdo con el nivel de desarrollo. Si es así, deben ser diferentes en el análisis de los psicóticos y de los neuróticos”*. (Winnicott, 1987b, 105)

Este mismo día escribió a Rosenfeld para decirle que apoyaba la idea de que sería posible analizar a pacientes psicóticos, pero consideraba que él (Rosenfeld) no había avanzado en esa cuestión debido a que había pasado por alto todo lo relativo al manejo: *“Sé de un analista que conocía a su paciente y que sostuvo que todo el trabajo del manejo fue un asunto muy especial, y que por lo que se podía apreciar la porción de tarea que hizo usted mediante el análisis no constituyó una diferencia apreciable para el paciente”*. (Winnicott, 1987b, 101)

Al parecer Winnicott estaba cuestionando el hecho de que a la hora de teorizar y presentarse ante sus compañeros de la Sociedad Británica, Rosenfeld no tenía en cuenta todo lo relativo al manejo, aunque parece haberlo tenido en cuenta en la práctica clínica.

Sobre todo en el ámbito de la clínica de la psicosis, uno puede llegar a hacer cosas «técnicamente malas» que ayudan al paciente, pero luego le «avergüenza» contárselo a los demás. Esta cuestión tiene que ver con los aspectos reprimidos de las teorías, derivados de los compromisos corporativos entre profesionales (respecto a la represión teórica en el ámbito de la «política discursiva en psicoanálisis», ver Althusser, en AAVV, 1970, 79; Baremlitt, en AAVV, 1991, 89; Bauleo, 1988, 52ss). En este sentido hay que dar las gracias a estos autores «sin vergüenza», tales como Winnicott, Searles, Sechehaye, Khan (ver bibliografía).

Por otra parte, el manejo asistencial tiene que ver con unas formas de cuidado de tipo más directo, pragmático y cotidiano (alimentación, medicación, vivienda, ocio, trámites, etc.). Por lo general, tales cuidados suelen ser asumidos por los profesionales de un hospital o residencia, familiares y amigos del paciente (cf. Khan, s.a., 30).

Al hablar del tratamiento de niños que padecen una enfermedad mental, Winnicott (1964, 157ss) señala que en algunos casos conviene dejar lo relativo al manejo asistencial en manos de un “asistente social psiquiátrico”, quien puede asumir la responsabilidad del caso o cuyo trabajo puede complementar la labor psicoterapéutica. Por otra parte, al hablar de la labor del “asistente social” en términos de apoyo y provisión social (es decir, de manejo asistencial), reconoce que: *«A menudo nos vemos enredados en esto que, como analistas, no es nuestra función»*. (Winnicott, 1965, 194).

Como ejemplo de atravesamiento entre manejo clínico y asistencial, Winnicott cuenta el caso de una paciente que, tras diez años de análisis, había entrado en un estado profundo de regresión a la dependencia. En esta etapa *«yo visitaba a la paciente en su casa, y hasta manejaba sus asuntos y le compraba la comida»* (Winnicott, 1989a, 65).

No es posible saber por qué el mismo Winnicott se hizo cargo de este aspecto asistencial del manejo, cuando en otros artículos sugería que otro profesional realizara esta tarea⁸.

Por otra parte, considero que la clínica del Acompañamiento Terapéutico presenta matices diferenciales respecto a algunos planteamientos de Winnicott acerca del trabajo asistencial. Por ejemplo: *“En cuanto a la asistencia social, su pongamos que, por ejemplo, el paciente afirma que el asistente social le recuerda a su madre. Bastará que el asistente se lo crea, sin necesidad de hacer nada más”*. (Winnicott, 1965, 194)

⁸ Al parecer Winnicott veía a esta paciente en la consulta privada. En cambio, cuando trabajaba en instituciones públicas disponía de la colaboración de los asistentes sociales psiquiátricos. Podría ser válida la hipótesis según la cual resulta más fácil compartir, con otros profesionales, a un «paciente público».

A lo largo de esta exposición intentaré demostrar que hay mucho más que hacer.

Propongo pensar la labor del Acompañante Terapéutico en términos de tarea clínico-asistencial. Ello significa que la tarea no es exclusivamente clínica (psicoterapia, dilucidación de la relación terapéutica o transferencia) ni tampoco exclusivamente asistencial, sino la resultante del atravesamiento entre ambas.

Esta relación de atravesamiento configura una paradoja, que desde una analogía con los colores podría enunciarse en los siguientes términos: la tarea es clínico-asistencial (verde), lo cual implica decir que no es exclusivamente clínica (azul) ni exclusivamente asistencial (amarillo); se sitúa en el amplio abanico de tonalidades del verde, desde un verde más azulado hasta un verde más amarillado. Se trata de una paradoja en el sentido de que el verde afirma y a la vez niega la presencia del azul y el amarillo.

Aunque la labor del Acompañante suele extenderse hacia el ámbito de la vida cotidiana y necesidades materiales y pragmáticas del paciente, esta labor asistencial siempre estará mediatizada por el manejo clínico del vínculo.

La decisión acerca de si operar desde un verde más azulado o amarillado, o desde una actitud más clínica o asistencial, va a depender de cada caso y situación específicos⁹.

Por ejemplo: el Acompañante Terapéutico puede ayudar con las compras en el mercado, pero si observa que el paciente no colabora (no se apropia de la Tarea) tendrá que buscar una significación para esta situación e intervenir (tarea clínica). Quizá el paciente esté actuando bajo el supuesto de que el Acompañante “es” una madre omnipotente que hace todo por él. En este caso la intervención puede consistir en una “bronca”, o en adoptar una actitud pasiva a través de la cual el Acompañante le comunica que esta supuesta madre omnipotente no está presente en este momento, de modo que tendrá que moverse para que las cosas ocurran (esto sería una «acción interpretativa pasiva», ver Dozza, 2014).

De ahí que no estoy de acuerdo con Winnicott cuando dice que, si para el paciente el trabajador social le recuerda a su madre, «basta que el asistente se lo crea, sin necesidad de hacer nada más» (Winnicott, 1965, 194). Ello puede suponer una disociación entre lo asistencial y lo clínico.

Cuando no es posible sostener la paradoja, el Acompañante puede oscilar entre convertirse en una especie de «psicoanalista ambulante» (por ejemplo, interpretando la situación en el mercado) o bien limitarse a hacerse cargo de las compras («asistenta doméstica»). Esto último caracteriza un estereotipo asistencial relativamente común en Salud Mental y Servicios Sociales (ver Dozza y otros, 2011, Dozza y Tari, 1996).

Debido a que la expresión «trabajo asistencial» está ampliamente impregnada de estos estereotipos asistenciales, propongo reemplazar el término «asistencial» por «cotidiano», y emplear la expresión *Clínica de lo Cotidiano* para significar el talante compuesto y paradójico de la tarea. El término «clínica» apunta hacia la importancia de los aspectos vinculares de la tarea, mientras el término «cotidiano» señala que el trabajo con el vínculo tiene lugar en el ámbito de situaciones cotidianas, y empleando también recursos cotidianos (charlas, humor, actos, reacciones afectivas, espacios y personas del contexto comunitario, etc.)¹⁰.

3. Encuadre Abierto

El hecho de que el Acompañamiento Terapéutico tenga lugar en los ámbitos comunitario, domiciliario-familiar y cotidiano del paciente, problematiza todo lo relacionado con el rol, tarea, encuadre e intervención.

Respecto al encuadre, sostengo que se trata de un encuadre ambulante y abierto, aunque en este contexto me ceñiré a la noción de encuadre abierto pensado desde la Clínica de lo Cotidiano.

Es decir, ¿cómo concebir una noción de Encuadre coherente con los fundamentos de la Clínica de lo Cotidiano?

En la consulta, así como en prácticas grupales en instituciones, etc., por lo general se opera desde un “encuadre cerrado”, en el sentido de que la intervención se dirige exclusivamente a la persona o grupo en cuestión y, a la vez, el

⁹ También el diagnóstico del paciente, así como una serie de vicisitudes de su entorno, del encuadre global del tratamiento y del vínculo con el Acompañante, van a demandar que la tarea adquiera una tonalidad más clínica o más asistencial, pero siempre verde.

¹⁰ Ver también artículo sobre “Clínica de lo Cotidiano y Acompañamiento Terapéutico” (Dozza, 2011b).

¹¹ Son muchas las formas en que el Acompañante también puede fomentar esta existencia fantasmática. Podría citar aquí el caso de la paciente que «como no hablaba, no preguntaba y no respondía, el Acompañante no le dio ni consigna, ni se presentó explícitamente, formando parte de un equipo y un encuadre, no le habló de los horarios de Acompañamiento Terapéutico etc.» (Mauer y Resnizky, 1994, 22).

terapeuta trata de cuidar para que terceros no intervengan, para que no interrumpan la sesión o no “molesten”. Concretamente, en el encuadre cerrado las puertas suelen estar cerradas.

En cambio, en la Clínica de lo Cotidiano se opera desde un Encuadre Abierto. Aquí no siempre hay puertas, y las que hay suelen estar entreabiertas aunque a veces con el cartelito de “no molestar”.

Para diferenciar cuestiones de diferente orden, haré un análisis descriptivo de situaciones en las que el encuadre está:

- a) Abierto hacia fuera, de modo que la intervención del Acompañante Terapéutico puede dirigirse a alguna persona del contexto vincular inmediato del paciente (vecino, conserje, amigo, camarero); o bien
- b) Abierto hacia dentro, en el sentido de que permite la participación selectiva de terceros.

a) Encuadre Abierto hacia fuera

Si bien sería megalomaniaco pretender alterar el contexto del paciente, el encuadre del Acompañamiento Terapéutico contempla la intervención selectiva y limitada con algunas personas del contexto en que el paciente está inserto.

Por lo general, no se trata tanto de organizar un encuadre formal para intervenir de forma sistemática en tales situaciones, ni de convocar reuniones con las vecinas de la derecha y de la izquierda (si bien, según el caso, esto se puede hacer). En este contexto quisiera destacar las intervenciones que tienen lugar en el ámbito de situaciones cotidianas.

Sereno (1996) cuenta la anécdota en que estaba con una persona con esquizofrenia (Pedro) en el portal del edificio donde éste vivía. Pedro les preguntaba a unos chicos si ellos tenían padre. Ninguno le hizo caso, pero el portero se fue aproximando poco a poco mientras barría la acera. Pedro le preguntó si tenía padre: “Dirigiéndose a mí, [el portero] preguntó si desde que conozco a Pedro él siempre fue así; o si era diferente, y ahora está peor. Dice que Pedro es el loco más loco que él conoce. ‘Pregúntaselo a él’, dije. Pedro contestó: ‘¡¡No!! Antes yo era mucho peor. ¡Ahora estoy bien, muy bien!’ Sin saber qué decir -y aparentemente con muchas dudas-, el portero decidió volver a su escoba”. (Sereno, 1996, 169, trad. y corch. LDM)

Aquí se puede observar algo que sucede con cierta frecuencia, a saber: que alguien le pregunta al Acompañante acerca del paciente, no sólo como si éste no fuese capaz de hablar de sí, sino también como si no estuviese presente o no existiese. Ello tiene que ver con la existencia fantasmática en la psicosis, debido en gran medida a este modo de vinculación que las personas en general suelen establecer con personas con psicosis.

Suele hablarse de la incapacidad de las personas con psicosis en lo que se refiere a la terceidad o reconocimiento del otro. Sin embargo, en la anécdota dicha dificultad aparece en el portero, quien invita a la Acompañante a una relación dual basada en la exclusión del tercer elemento. Invitación seductora, dado que pone a la Acompañante en el lugar de la que sabe y habla del psicótico y por él. Pero también una invitación excluyente, dado que tiende a anular la presencia y la voz de Pedro.

Ello hace recordar los planteamientos de Foucault (1964) acerca de la Época Clásica, en la cual la razón (portero) habla con la razón (Acompañante) acerca de la sinrazón (paciente). Quiere saber de ella, pero sin mirarla ni escucharla.

Con un gesto sencillo la Acompañante hace una intervención bastante precisa: «Pregúntaselo a él». Ante la renuncia de la Acompañante a participar en aquél vínculo en que la razón habla con la razón acerca de la sinrazón, el portero se va “sin saber qué decir, y aparentemente con muchas dudas”, pero quizá sabiendo que Pedro podía hablar.

Desde el relato de la anécdota no es posible evaluar el posible efecto de esta intervención, pero basándome en otras situaciones similares diría que, en mayor o menor medida, es posible contribuir a resignificar las imágenes que las personas (porteros, camareros, vecinos) tienen del paciente, así como determinados vínculos alienantes que se organizan en función de tales imágenes.

Además, y partiendo de que al parecer el portero se fue *confundido*, hipotéticamente considero que, si la Acompañante hubiese aceptado su «invitación vincular», *posiblemente lo confusional aparecería en Pedro*. Generalizando esta hipótesis, diría que esta modalidad interactiva alienante tiende a fomentar aquellos estados de aturdimiento, desconexión y «mirada perdida» comúnmente observables en personas con psicosis.

Volviendo a la cuestión del encuadre, diría que se trata de un encuadre abierto en el sentido de que autoriza “intervenir” sobre terceras personas que no pertenecen al encuadre del Acompañamiento Terapéutico.

Ahora bien, aquí corresponde formular una advertencia: si intervenimos sobre alguien que no nos ha convocado ni autorizado a que lo hagamos, eso es una agresión; de modo que tiene que haber unas condiciones para que no lo sea, a saber:

a) La intervención no debe cuestionar directamente el lugar del otro, ni pretender explicitar lo que le pasa. Cuando la Acompañante dice “Pregúntaselo a él”, no está tratando de revelar directamente nada del portero, no le está diciendo “me parece que usted...”, porque hacerlo podría considerarse una agresión si se hace desde un lugar técnico o clínico. En la anécdota, lo que hace la Acompañante es poner en escena su comprensión de lo que está ocurriendo. De hecho, en este caso, lo que hace es desmarcarse ella misma de la “propuesta vincular” que le planteaba el portero.

Aquí tenemos un ejemplo bastante ilustrativo de lo que veremos más adelante, y es que, en coherencia con los fundamentos de la Clínica de lo Cotidiano y el Encuadre Abierto, en Acompañamiento Terapéutico se opera fundamentalmente mediante Intervenciones Escénicas. En la anécdota del portero, la intervención escénica opera a modo de Acción Interpretativa Verbal (ver Dozza 2014).

b) Tales intervenciones desde el Encuadre Abierto hacia fuera no serán sistemáticas, sino que tendrán lugar en el ámbito de las relaciones cotidianas del paciente; es decir, no se trata tanto de organizar un encuadre formal tipo reunión, más allá de que en determinadas situaciones eso se pueda hacer.

c) Por último, decir que el hecho de que el encuadre esté abierto hacia fuera, no significa que estará abierto a todo lo que esté fuera. Esta apertura se limita a aquellas situaciones y personas que de alguna forma bloquean el flujo del Acompañamiento o bien reflejan modos de vinculación que alienan al paciente (como en el caso del portero).

b) Encuadre Abierto hacia dentro

Si antes veíamos que el encuadre de la Clínica de lo Cotidiano está abierto de dentro hacia fuera, ahora corresponde decir que también está abierto de fuera hacia dentro, es decir: abierto a la participación de terceros e incluso a sus posibles “intervenciones”, aunque también aquí se trata de una apertura selectiva y con “filtros”.

A veces ocurre que el paciente propone, implícita o explícitamente, que un amigo o familiar esté presente durante el encuentro o salida, o simplemente esta presencia se produce espontáneamente. No es poco frecuente que los Acompañantes sientan dificultades a la hora de facilitar tales inclusiones e incluso que las vivan como una “intrusión”, por ejemplo, cuando un familiar “interrumpe” la “sesión” y se queda con el acompañado y Acompañante en el salón. Entonces se habla de “ataque al encuadre”.

Sin embargo, si partimos del principio de que el encuadre de la Clínica de lo Cotidiano es un encuadre abierto, y que pensamos e intervenimos desde una concepción vincular, debería de parecernos interesante el hecho de que algún amigo o familiar esté presente, dado que ello puede brindar información muy importante en lo que respecta a la evaluación (del universo vincular del Acompañado) e intervención.

Otro ejemplo muy común es el caso de los camareros en las cafeterías. Si partimos de la idea de que uno de los objetivos del Acompañamiento Terapéutico puede ser contribuir a crear una red normalizada de apoyo, el hecho de que el camarero se detenga a hablar debe considerarse algo potencialmente positivo, en la medida misma que ello potencia la vinculación con el camarero y la cafetería.

En otros términos, el encuadre está abierto a todas aquellas participaciones que contribuyan a la consecución de la Tarea.

Otro tipo de situación común se da, por ejemplo, cuando una madre llama para cancelar un Acompañamiento alegando que irá con su hijo al psiquiatra ese día. Desde la noción de encuadre abierto al Acompañante le corresponde contemplar la posibilidad de proponer acompañar al paciente y su madre (o quien sea) al psiquiatra, y es importante marcar esa característica del encuadre también a los familiares.

Con la explicitación del encuadre abierto no hay casi ningún motivo que justifique la cancelación de un encuentro de Acompañamiento Terapéutico. Por supuesto, y más allá de las dificultades del paciente y familiares para dejarse Acompañar en situaciones cotidianas, es respetable que no quieran que el Acompañante esté en la casa, por ejemplo, si van recibir determinada visita.

En todo caso, la noción de encuadre abierto es una consigna que hay que transmitir al paciente y familiares, y luego tener en cuenta el caso por caso.

En el extremo, en más de una ocasión me he encontrado el caso de pacientes que no salían con el Acompañante debido a que creían que éste iba a hacerle “terapia a domicilio”, es decir: creían que el encuadre era cerrado, que la relación sería dual.

Hay que tener en cuenta que, si la noción de encuadre abierto rompe los esquemas de referencia “clásicos” del

Acompañante, lo mismo ocurre con los Acompañados y sus familias, quienes por lo general han pasado por diversos procesos de tratamiento en encuadres cerrados.

Por otra parte, también hay casos de familiares que suelen estar presentes o presentarse con frecuencia durante los encuentros. Por lo menos como punto de partida, diría que un familiar nunca “interrumpe” una “sesión”, entre otras cosas porque en Acompañamiento Terapéutico no hay “sesión” en el sentido de relación dual, y de ahí que opto por llamarlo “encuentro” y así marcar que se trata de otra cosa... es otro encuadre.

Y si no hay “sesión” tampoco hay interrupción de la sesión por parte de la familia... porque ellos están en su casa y, si acaso, será el Acompañante Terapéutico quién estará “interrumpiendo” algo. Es decir, que no conviene pretender sostener una relación dual y ocupar profesionalmente el hogar familiar como si se tratara de nuestra consulta o un centro de rehabilitación (ver, por otra parte, los planteamientos acerca de la Violencia Necesaria, en Dozza, 2014).

Ahora bien, otra cosa muy distinta es que la actitud de determinado familiar (o camarero, etc.) resulte intrusiva o alienante en relación al paciente, por ejemplo, que entre en la habitación sin llamar, etc.; pero esa intrusión no está marcada por el encuadre en sí, sino por el hecho de que hay una actitud intrusiva.

El hecho de que el encuadre sea abierto no significa que no pueda haber puntos de cierre, acotamiento o límites; pero estos puntos se van estableciendo desde el vínculo o desde la clínica. Por ejemplo, si se observa que entre madre e hijo se producen discusiones compulsivas que no contribuyen a la Tarea, el Acompañante Terapéutico puede tratar de encuadrar (con “mano izquierda”) que la madre no esté demasiado tiempo presente o que los encuentros se den fuera de la casa; pero eso ya forma parte de la clínica o manejo de los aspectos dinámicos del encuadre; no tiene que ver con su estructura.

La estructura del encuadre de la Clínica de lo Cotidiano, aunque selectiva, es abierta.

He observado, en mi experiencia como Acompañante, formador y supervisor, que los Acompañantes Terapéuticos suelen encontrar dificultades a la hora de sostener, en la teoría y sobre todo en la práctica, esta noción de Encuadre Abierto. Ello puede deberse a que la inclusión de un tercero se contrapone a su formación como psicoterapeuta (u otra profesión) que trabaja en la consulta, con un “encuadre cerrado” que se basa en proteger la intimidad del espacio y mantener la relación dual; o bien se contrapone a su esquema de referencia como coordinador de grupos, en los que también se opera desde un encuadre cerrado.

Además, un encuadre abierto siempre será más complejo, polifacético y polifónico que un encuadre cerrado, y esa mayor complejidad expone en mayor medida al Acompañante Terapéutico a ansiedades de tipo confusional y una forma defensiva de acotar la confusión puede ser operando con un encuadre cerrado, es decir: empleando un esquema de referencia conocido ante una situación desconocida o desconcertante.

Por otra parte, desde un encuadre abierto el Acompañante Terapéutico tendrá que sostener, en mayor medida, la tensión de Acompañar bajo la mirada de un tercero, y a la vez la tensión de ser él el tercero.

Por todo ello, conviene volver a insistir en la importancia de una formación específica para los Acompañantes Terapéuticos, y sobre todo en la importancia de una formación que contemple las especificidades de la Clínica de lo Cotidiano y sus derivados.

4. Rol (a)simétrico: Amistad profesional o transicional

El operar desde la Clínica de lo Cotidiano y un Encuadre Abierto favorece, sobre todo en los Acompañamientos de larga duración, el establecimiento de vínculos profundos y primarios entre Acompañante y acompañado.

Aunque pudiera parecer que la cuestión de la amistad tiene un carácter secundario, hay por lo menos tres puntos que revelan su importancia en Acompañamiento Terapéutico:

- 1) En los momentos fundantes del Acompañamiento Terapéutico se denominaba *Amigo Cualificado* a la persona que realizaba este trabajo.
- 2) De ahí que en dos trabajos (Pulice y Rosi, 1994, 23-29; Barreto, 1997, 169-180) los autores se dedicaron a reflexionar acerca del tema de la amistad en Acompañamiento Terapéutico¹². Es decir, aunque el término «Amigo» ha sido suplantado, la cuestión de la amistad sigue vigente, en la medida misma en que la Clínica de lo Cotidiano deman-

¹² Ver también los planteamientos de Baremlitt (en AAVV, 1991, 79-84; y AAVV, 1997, 177-182). Destacaría también un apartado titulado “Las paradojas de la amistad” (Pulice, 2011, 136) y que coincide en gran medida, aunque por caminos diferentes, con lo que viene a continuación.

da reflexionar acerca del empleo clínico de la espontaneidad, cercanía afectiva, grado de (a)simetría del vínculo, etc.

3) En primera instancia, lo planteado en 1) y 2) hace pensar que el tema de la amistad es un emergente propio del tipo de relación que se establece en Acompañamiento Terapéutico. Sin embargo, veremos que Winnicott también se ha dedicado a reflexionar acerca de esta cuestión, lo cual hace pensar que su importancia deriva no tanto del rol, sino más bien de una determinada forma de pensar la relación terapéutica, sobre todo con los llamados «casos graves».

Las dificultades a la hora de sostener las paradojas propias del Acompañamiento Terapéutico suelen producir tensión, confusión, conflicto e impasse en lo referente al rol y la tarea. Todo ello aparece reflejado en el relato de las primeras experiencias de una Acompañante Terapéutico:

“Entonces, ¿qué sería yo? ¿Qué es ese lado a lado? Yo sería el acompañante terapéutico, estaría con la paciente por un período de horas que estableceríamos con antelación; iría al cine, de compras, de paseo; tomaríamos un sándwich juntas, etc. Pero, ¿todo ello no son cosas que hacemos en la vida con los amigos, o con los familiares; o, cuando se es muy niño, con la niñera? Entonces, ¿qué sería yo: un profesional pagado para hacer de amigo? ¿Una falsa niñera de una niña de 16 años?” (en AAVV, 1991, 136; trad. LDM)

Aquí se puede ver cómo la paradoja aparece bajo la forma de conflicto, aunque un conflicto que busca la paradoja, la inclusión de lo profesional en esas «cosas que hacemos en la vida con los amigos» (*ibidem*). En un primer momento dicha inclusión sólo fue posible sobre la base de la comparación excluyente: «Yo no sería la analista de la paciente, incluso porque ella ya tenía un analista y, obviamente, no necesitaría dos» (*ibidem*, 135; trad. LDM). Obsérvese la oscilación entre ser la analista o un «profesional pagado para hacer de amigo». Luego, el intento de dar con la paradoja se basa en el rol de niñera.

Siguiendo el relato del caso, la autora demuestra haber alcanzado la paradoja sin la necesidad de recurrir a otros roles que no el suyo. Ni analista, ni amiga, ni niñera: Acompañante Terapéutico. Ni amarillo ni azul: verde. En este sentido, es interesante observar el relato de una relación afectuosa y espontánea entre Acompañante y paciente, pero constantemente marcada por un encuadre y una actitud profesional que sostenía dicha relación.

Desde su experiencia como psicoterapeuta de pacientes graves, Winnicott dice que: *“Psicoterapia del tipo a que me estoy refiriendo puede parecer amistad, pero no es amistad porque al terapeuta se le paga y tan sólo ve al paciente durante un período [...] limitado de tiempo”*. (Winnicott, citado por Barreto, 1997, 179; trad. LDM)¹³

En el desarrollo del pensamiento de Winnicott observamos que, en la medida en que fue creciendo su capacidad para contribuir al establecimiento de una relación terapéutica intensa, íntima y espontánea, con mayor intensidad se le impuso la tarea de disponer una actitud profesional¹⁴ capaz de sostener esta relación en el marco de un vínculo terapéutico y profesional, es decir: que se diferencia de la amistad propiamente dicha, aunque se le parezca en algunos aspectos.

Al hablar de los casos de «auto curación» (es decir: casos en que el propio entorno del paciente provee los cuidados necesarios), Winnicott señala que algún «acontecimiento, tal vez una amistad, puede corregir el fallo de la provisión fundamental, apartando el obstáculo que impedía la maduración en algún sentido» (Winnicott, 1965, 318). Por otra parte, en una conferencia pronunciada en 1958 comentó que: *“Con todo, estas personas bastantes normales que padecen depresiones tienen amigos, amigos que los conocen, los quieren y los valoran, por lo que pueden proporcionarles el apoyo adecuado cuando ello resulta necesario. Pero, ¿qué ocurre con los individuos que además tienen dificultades para hacer amigos y recurrir a los vecinos? Esta es la complicación que hace necesaria nuestra intervención, en forma profesional, a fin de ofrecer el mismo tipo de ayuda que puede proporcionar un amigo, pero de manera profesional y con ciertas limitaciones”*. (Winnicott, 1964, 81)

Cuando Winnicott habla del «tipo de ayuda que puede proporcionar un amigo», considero que se está refiriendo a la empatía y cercanía afectiva, devoción, disponibilidad para enfrentar los momentos difíciles y acudir en situaciones de crisis, así como a cierto grado de simetría en la relación, etc.

¹³ El texto citado es: Winnicott, [1961] *Varieties of Psychotherapy*, in «Home is Where We Start From». New York, Norton, 1994.

¹⁴ Es posible sostener la actitud profesional incluso mientras se juega con el paciente en la piscina. Por otra parte, si el Acompañante adopta una postura rígida y distante, ello puede deberse a que «la actitud profesional puede erigirse sobre las defensas, inhibiciones y la obsesión por el orden» (Winnicott, 1965, 193). En este sentido, estoy de acuerdo con los planteamientos de Barreto (1997) acerca de los peligros de que la actitud profesional se convierta en rigidez, falta de espontaneidad y afecto, distancia y asimetría defensiva, etc.

Entre los aspectos conductuales y vinculares de los que puede haber amistad en Acompañamiento Terapéutico, podría citar el empleo del lenguaje informal, las bromas, charlas y discusiones tipo «tú a tú», el compartir un sinfín de actividades cotidianas como comentar una película, ir al mercado, charlar en una cafetería, jugar, etc. Con el paso del tiempo todo ello suele configurarse a modo de “rutinas cotidianas” y llegar a estar marcado por sentimientos amistosos mutuos; es decir: sentimientos tiernos y hostiles, como suele ocurrir en las amistades.

Desde aquí conviene preguntar: ¿Por qué es necesario diferenciar esta «amistad profesional» de la amistad propiamente dicha?

En primer lugar, los hechos informan de que sobre todo los pacientes graves no suelen tener amigos, debido a que, tras el derrumbe psicótico y a lo largo de la cronificación, poco a poco los amigos se marchitan (y/o bien el mismo paciente tiende a aislarse). Aquí se confirma la tesis según la cual «*la enfermedad mental consiste en no ser capaz de encontrar a nadie que pueda soportarnos*» (Rickman, citado por Winnicott, 1965, 266)

No podemos dar por sentado que los profesionales tengamos mayores “aptitudes cristianas” y psicológicas que las de estos «amigos que los pacientes no tienen»: podemos tolerar con nuestros pacientes una serie de situaciones que jamás toleraríamos en un amigo; e incluso si las toleráramos, posiblemente no estaríamos en buenas condiciones para ayudarlo. Además, es bien conocido que cuando nuestros amigos llegan a determinados niveles de demanda y fastidio, les decimos: «tienes que buscar la ayuda de un profesional», o algo por el estilo.

En definitiva, no cabe dudas de que estos pacientes graves necesitan un amigo, pero también necesitan un profesional; de modo que a este último le corresponde sostener la paradoja, cual sea: permitir y potenciar aquello que es del orden de la amistad, pero sin asumir el rol de amigo. El eje organizador de esta paradoja es el encuadre (y todo lo que conlleva de teoría y técnica, formación y pertenencia a un equipo tratante).

De cara al paciente, el encuadre (horarios, honorarios, actitud profesional) enmarca un modelo de relación estructuralmente distinto del de la amistad¹⁵. Invariablemente «*el encuadre ordena [...] una relación no convencional y asimétrica*» (Etchegoyen, 1986, 245). Etchegoyen también se refiere a algunos aspectos de la relación analítica en que predomina la simetría, y recuerda que: «*la asimetría no impone supremacía [en el sentido de autoritarismo] sino el reconocimiento de la polaridad de los roles*» (*ibidem*, 235, corch. LDM).

En Acompañamiento Terapéutico (más que en la relación analítica) hay un constante atravesamiento entre simetría y asimetría; la relación es (a)simétrica.

Mejor dicho: en el plano dinámico puede haber diferentes grados de simetría (según el caso y situación), pero el vínculo será siempre estructuralmente asimétrico aunque esta asimetría estructural esté siendo constantemente atravesada por la simetría en el plano dinámico.

Por ejemplo: en una charla puede establecerse un diálogo simétrico en el que Acompañante y acompañado intercambian anécdotas personales (como si fuesen dos amigos), pero esta simetría en el plano dinámico siempre estará sostenida por una asimetría estructural. Por más que el Acompañante cuente anécdotas de su vida personal, aporte sus comentarios personales al modo de un semejante, constantemente estará modulando el grado de simetría y observando los efectos que su actitud produce en el paciente. Desde luego, todos cuidamos aquello que decimos a nuestros amigos, pero el tipo de cuidado anteriormente planteado es estructuralmente distinto, es asimétrico, está atravesado por la actitud profesional, la teoría y la técnica.

En definitiva, todo lo que pueda decirse de la amistad en Acompañamiento Terapéutico hay que encuadrarlo en la Clínica de lo Cotidiano.

En lo que respecta al Acompañante, el encuadre brinda además unas referencias que contribuyen a soportar aquellas tensiones que «los amigos que los pacientes no tienen» no suelen soportar.

En resumen, el enunciado de la paradoja sería: en Acompañamiento Terapéutico se puede permitir, y en algunos casos incluso conviene potenciar, todo lo que es del orden de la amistad, pero en ningún caso el Acompañante pretenderá adoptar el rol de amigo. Al Acompañante le corresponde posibilitar que el paciente encuentre aquello que necesita concebir, a la vez que sigue siendo lo que es: un Acompañante Terapéutico. En todo caso, habría que hablar de una «amistad profesional» o, si acaso, de un «amigo transicional», de una amistad que puede oscilar de un verde más azulado a un verde más amarillado, pero siempre verde.

¹⁵ Además de la cuestión de los honorarios, en Acompañamiento Terapéutico (si es privado) suele establecerse que los gastos realizados durante los encuentros cogen a cargo del paciente o de su familia, lo cual constituye una constante afrenta a la amistad.

Esta «amistad», al igual que el objeto transicional (Winnicott), está destinada a perder significación y diluirse. Como mínimo, ésta debería de ser la actitud mental del Acompañante. «*Todos abrigamos la esperanza de que nuestros pacientes terminen con nosotros y nos olviden*» (Winnicott, 1971b, 119); y este supuesto también se diferencia estructuralmente del que rige el rol de amigo propiamente dicho.

Por más que se piense el Acompañamiento en términos de Clínica de lo Cotidiano, cabe no perder de vista que el Acompañamiento Terapéutico no es la vida misma, por más que se le parezca.

El empleo de la expresión «amistad profesional» puede conducir a malentendidos; por ejemplo, a que se piense que parte de la «técnica» del Acompañante consiste en «fingir» determinados afectos y actitudes, ya sean amistosos, tiernos, hostiles, etc. En este sentido, conviene introducir la próxima paradoja diciendo que todo intento de expresar afecto desde un lugar estrictamente técnico o racionalizado estará destinado a fracasar.

5. De la técnica al método

*El poeta es un fingidor.
Finge tan completamente
Que llega a fingir que es dolor
El dolor que de hecho siente.
(Fernando Pessoa; trad. LDM)*

En un tipo de intervención a la que puede denominarse *Clínica de lo Cotidiano*, sostenida desde un Encuadre Abierto y en la que puede llegar a establecerse una *Amistad Profesional o Transicional*, conviene decir algunas palabras acerca del sentido del término «técnica».

Los estudios acerca de la contratransferencia y la intersubjetividad han sido fundamentales en el desarrollo de las técnicas psicoanalíticas en general (ver Bion, 1967; Etchegoyen, 1986; GRITA, 1999; Stern, 1985; Stern y otros, 1998; Winnicott [1947d]; [1960h]). El reconocimiento y comprensión de los atravesamientos entre (inter)subjetividad y técnica impulsó el replanteamiento de la noción de *formación profesional*, y a su vez el incremento de dispositivos volcados a brindar un marco de análisis de la relación terapéutica (formación en grupos operativos, supervisión, reuniones de equipo, análisis personal). Más allá de estos dispositivos, Winnicott considera que el encuadre y la actitud profesional potencian la estabilidad de carácter del terapeuta, pero advierte que “*en la hora que le está asignada, uno puede tener una confiabilidad profesional muy diferente de la poco confiable personalidad propia. Con el tiempo, empero, la poca confiabilidad propia empieza a filtrarse*”. (Winnicott, 1989a, 127)

También dice que los casos graves y de psicosis, así como aquellos en que entran en juego fuertes tendencias antisociales, «*atravesan gradualmente los obstáculos que para mí son la técnica del analista y la actitud profesional*» (Winnicott, 1965, 198). Es decir, que aquí la persona del terapeuta gana mayor protagonismo.

Al hablar de los albergues para niños enfermos, en lo que se refiere a los cuidadores Winnicott dice que «*su selección como personas adecuadas para la tarea tendría mayor importancia que su formación*» (Winnicott, 1957, 118).

Sobre todo en Acompañamiento Terapéutico, considero fundamental desmarcarse de este dilema y reconocer la importancia de todos los factores, dado que no basta con ser «personas adecuadas para la tarea». De hecho, desde diversos ámbitos he observado la tendencia a que la relación terapéutica sea vivida por el profesional como algo demasiado «personal», o bien que se produzca una excesiva «tecnificación» de la actitud profesional.

Ello impone formular una noción de técnica que sea válida para la Clínica de lo Cotidiano; una técnica que no «tecnocratice» la cotidianeidad a tal punto que ya no sea posible reconocer nada de ella; en definitiva, una noción de técnica que no rompa las paradojas, sino que contribuya a sostenerlas. He aquí una pista: “*Debemos señalar, sin embargo, que hay momentos en que los custodios deben «actuar naturalmente» en el sentido en que un actor lo hace. Ello resulta particularmente importante en el caso de niños enfermos. Si un niño se presenta llorando y dice: «Me corté el dedo», justo en el momento en que el custodio está preparando su planilla de impuesto a los réditos [...], debe actuar como si el niño no se hubiera presentado en un momento tan molesto, pues esos niños a menudo son demasiado enfermos o ansiosos como para aceptar las dificultades personales del custodio, además de las propias*”. (Winnicott, 1957, 118)

Sugiero que la técnica en Acompañamiento Terapéutico debe asemejarse (a modo de metáfora) a la del actor, es decir: a la técnica de *interpretación dramática* que emplea para construir, encarnar y representar un papel¹⁶. En lo manifiesto, a continuación veremos que el Acompañante interviene fundamentalmente desde una serie de intervenciones escénicas.

El Actor (con mayúscula) debe de ser un experto en técnica, pero lo es con el objetivo de que el espectador no vea la técnica, sino tan sólo el personaje.

Por otra parte, en cierta ocasión un director de cine dijo que el buen actor es aquél capaz de hacer que el personaje (del guión) se convierta en persona, en el sentido de que el actor, con su *técnica*, traslada sus sentimientos y *experiencias personales* («reales») al personaje. A esto se le llama «sustitución» o «transferencia» en arte dramático, es decir: a la técnica de transferir sentimientos y experiencias personales auténticas al personaje. Acerca de los actores que trabajan con esta técnica, suele decirse que emplean el «Método» (Stanislavski, s.a.; Hethmon, 1968).

La paradoja consiste en que el personaje es «irreal» (una creación del autor), pero es «real» (los sentimientos y experiencias personales del actor). Ése sería un aspecto de la «magia» del actor, que nos lleva a experimentar sentimientos profundos (acompañados de sonrisas y lágrimas) hacia el personaje-persona, aun sabiendo que todo es «mentira», que el actor está «fingiendo». Fernando Pessoa diría que *finje tan completamente, que llega a fingir aquello que de hecho siente*.

Cuando nos encontramos ante un buen actor (o un actor suficientemente bueno) la «magia» se produce debido a que actor y espectador se sumergen en el campo de la transicionalidad, en esta zona intermedia en la cual la «mentira» puede ser «verdad» y viceversa. Esto lo enseñó Winnicott al decir que el arte es una extensión de los fenómenos transicionales (ver Dozza 2014, Cap.2).

Lo mismo podría pensarse respecto al espacio físico, dado que el escenario en el teatro *es, aun no siendo*, una casa, la calle, el bar. De forma análoga, la casa del paciente y el contexto comunitario (escenario del Acompañamiento terapéutico) *pueden ser, aun no siendo*, una infinitud de lugares. Desde ahí el poder decir, también, que el Acompañante puede *llegar a ser, aun no siendo*, un amigo, el enemigo, la madre, el padre... el perro, la gata, un pájaro en la jaula...

Una de las diferencias respecto al trabajo del actor consiste en que, en Acompañamiento Terapéutico, la construcción del «guion» y del personaje-persona se va construyendo en función de la evolución del vínculo terapéutico. Debido a la imprevisibilidad del otro, habrá mucha improvisación; pero la improvisación se desarrolla desde unos fundamentos teóricos y técnicos, y también en relación a la estrategia del tratamiento.

Esta reflexión acerca de los atravesamientos entre «mentira» (técnica) y «verdad» (espontaneidad, autenticidad de las respuestas del terapeuta) resulta fundamental debido a que las personas con psicosis y patologías graves funcionan a niveles muy primarios, y de ahí que tienden a buscar la *persona* del terapeuta, sus reacciones afectivas más primarias y auténticas, aquello que está más allá de su actitud profesional y de su técnica (cf. Stern y otros, 1998).

Aquí conviene analizar dos tipos de situaciones en que la paradoja se rompe. En una de ellas el terapeuta «finge a secas» algo que no siente, es decir: interviene desde un lugar estrictamente «técnico». La alternativa opuesta consiste en limitarse a expresar sus afectos tal como lo haría en sus relaciones personales cotidianas.

El «fingir a secas» deriva fundamentalmente de aquellas concepciones racionalistas y positivistas de técnica. Aquí puede ocurrir que el terapeuta esté constantemente programando actividades y enseñanzas preestablecidas, enseñando «técnicas» acerca de cómo el paciente debe actuar en situaciones de grupo y realizar un sinfín de *habilidades sociales*. También puede ocurrir que actúe estrictamente según criterios «técnicamente correctos», en función de aquello que entendió de lo que ha leído o dicho su supervisor.

Este tipo de terapeuta se asemeja al actor que finge a secas con su técnica; de modo que corresponde cuestionar en qué medida la falta de interés y motivación, tan común en personas con psicosis, se asemeja al aburrimiento que sentimos ante un mal actor. Stanislavsky comenta que: *“El objetivo racional carente del calor de la emoción (el sentimiento) y la voluntad no llega al corazón del actor, no se proyecta al espectador y por lo tanto no es capaz de engendrar*

¹⁶De lo planteado puede extraerse la sugerencia de pensar el Acompañamiento Terapéutico desde el psicodrama, lo cual no haré en este contexto debido a que no tengo un conocimiento mínimamente profundo del tema (el cual en España viene siendo desarrollado por Alejandro Chevez y Andrea Montuori). Por otra parte, tomaré como punto de referencia algunas cuestiones relativas a la formación y el trabajo del actor. He brindado psicoterapia psicoanalítica a varios actores, pero mis conocimientos acerca de los procesos del actor los debo también a mi amigo Iñaki Aierra (actor y profesor de arte dramático).

'la vida del espíritu humano', 'la sinceridad de las emociones', ni 'sentimientos que parezcan verdaderos'. El árido objetivo de la razón no comunica esencia vital a los muertos conceptos de la palabra; sólo registra el sumario del pensamiento. Al ir en pos de ese objetivo, el actor no puede vivir el papel. Simplemente lo recita' (Stanislavsky, s. a., 108).

Además del aburrimiento y falta de interés que ello produce en el espectador-acompañado, cabe tener en cuenta que *«la inautenticidad grosera nos deja sin una brújula operativa interpersonal para el relacionamiento intersubjetivo»* (Stern, 1985, 264). Es decir, que aquellas actitudes y actividades terapéuticas y rehabilitadoras llevadas a cabo desde lo estrictamente “técnico” (inauténtico) no contribuyen a que la experiencia sea significativa para el paciente.

En el otro extremo el Acompañante Terapéutico puede considerar que debe ser espontáneo y expresar sus afectos tal como lo haría en su vida cotidiana, lo cual puede conducir a una sobreactuación de lo afectivo y lo espontáneo. De ahí que el método del Acompañante consiste en *«actuar naturalmente` en el sentido en que un actor lo hace»* (Winnicott).

En el ámbito de la relación madre-hijo, partiendo de situaciones experimentales, Stern comenta que: *“un ejemplo es la meta de la madre de Sam de jugar con su infante sin permitirle que se vuelva 'pasivo'. Hay una multitud de programas múltiples más triviales: alentar el juego con un objeto mientras se orienta al niño acerca de cómo jugar y de cómo no jugar; dirigir la atención del infante hacia algo seguro mientras se lo aparta de algo relativamente peligroso [...]; permitir que continúe un juego excitante, pero con un pie en el freno para actuar en cuanto el bebé presente los primeros signos de fatiga o sobrecarga. Todas esas situaciones involucran una cierta mezcla de conductas sinceras e insinceras”*. (Stern, 1985, 260s)

Estas situaciones y metas mencionadas por Stern son frecuentes en Acompañamiento Terapéutico, e involucran también cierta mezcla de conductas sinceras e insinceras.

En cierta ocasión Carlos y yo mirábamos discos en una tienda. Debido a sus intensos sentimientos paranoides, exigía que yo estuviese constantemente a su lado. Sin embargo, en esta ocasión percibí que él miraba los discos de forma despreocupada, mientras yo sentía algo así como la atracción de un imán que me hacía seguirle por la tienda. Cuando me percaté de la situación, empecé a fingir (a «actuar naturalmente») que miraba los discos «a mi aire», sin estar pendiente de él. A su vez, Carlos siguió mirando los discos «a su aire»; o quizá, al igual que yo, lo fingía. El hecho es que poco a poco nos fuimos distanciando.

Transcurridos unos minutos, Carlos se acercó protestando por el hecho de que yo no le estaba «vigilando» (sic). Le dije que esta vigilancia también era responsabilidad suya, que si la necesitaba, también a él le correspondía estar pendiente de mí.

Esta situación sentó las bases de una reestructuración importante del vínculo terapéutico; un cambio del personaje que yo representaba para él. Todo ello apareció escenificado en este cambio de actitud, que incluía «cierta mezcla de conductas sinceras e insinceras» (Stern). Insincera porque yo la estaba fingiendo conscientemente, pero a la vez sincera en el sentido de que este fingir se apoyaba en la sensación de que me resultaba absurdo seguirle por la tienda.

Parafraseando la paradoja poética de Fernando Pessoa, diría que *el Acompañante es un fingidor; finge tan completamente, que llega a fingir que es verdad la verdad que de hecho siente*.

6. Intervenciones escénicas

De alguna forma ya hemos visto el sentido de hablar de intervenciones escénicas. El eje central de la tarea en Acompañamiento Terapéutico gira alrededor de la realización conjunta de actividades, con la finalidad de acompañar, fomentar, facilitar, apoyar experiencias que en sí mismas pueden producir efectos terapéuticos, de recuperación, integración, autonomía etc. A diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, en psicoterapia, todas estas situaciones se procesan a modo de interacciones escénicas con el Acompañante, familiares, personas de la comunidad, etc.; lo cual evidentemente no excluye la posibilidad de que el paciente le hable al Acompañante acerca de cosas que le preocupan, conflictos, etc.

Por otra parte, hay situaciones en que el flujo de estas escenas se bloquean y toman un rumbo negativo, se producen situaciones vinculares alienantes, etc.; lo cual requiere la intervención del Acompañante. En este sentido, considero fundamental la idea de intervención escénica, en el sentido de que se trata de intervenciones que se procesan de una forma más directa y vivencial. Es decir, una cosa es que en una situación de psicoterapia el terapeuta le hable a su paciente acerca de su dificultad para aceptar los límites, y otra cosa sería el sinfín de situaciones cotidianas vivenciadas por la pareja Acompañante-acompañado en que intervienen los límites o bien el Acompañante es quien pone el límite.

También hemos visto, en la anécdota del portero anteriormente comentada, cómo la Acompañante intervino poniendo en escena su comprensión acerca del vínculo alienante que proponía el portero.

Retomando la metáfora del trabajo del actor, diría que en una representación escénica, teatral o cinematográfica, el actor no explica las relaciones entre los personajes (esto se hace en entrevistas, conferencias, etc.). Lo que hace el actor es encarnar al personaje, actuar o interpretar escénicamente su comprensión de tales relaciones. Este poner en escena puede manifestarse mediante acciones concretas, verbales, pasivas y, en definitiva, a través de todas aquellas formas de interacción observables en la vida cotidiana.

La intervención escénica es algo que va más allá de los planteamientos de algunos autores psicoanalíticos acerca de la intervención activa (Ferenczi, 1919; 1921a; 1925; 1926; 1933; Fiorini, s.a.; Ogden, 1994). Tampoco se trata de una aplicación clínica de las artes escénicas, sino de una forma de pensar y procesar la intervención desde diferentes niveles de lenguaje. Incluso en el trabajo psicoanalítico con neuróticos, al referirse al empleo del lenguaje verbal Fiorini comenta que: *“nuestra tarea apunta a introducir un lenguaje capaz de acercar al paciente al mundo propio del proceso primario de pensamiento. Un mundo de condensaciones, de desplazamientos de sentido, mundo de la metáfora, de la imagen, de la escenificación. Antes que un lenguaje de ideas necesitamos recurrir a un lenguaje plástico, a un lenguaje poético, a un lenguaje dramático”* (Fiorini, 1993, 89).

Si bien este lenguaje tiene sus fundamentos en procesos de tipo primario, no por ello hay que considerarlo como perteneciendo a un rango inferior, como algo que se emplea exclusivamente con personas con psicosis debido a que (supuestamente) no tienen acceso al pensamiento simbólico, etc. Diría que se trata de un lenguaje más potente, independientemente de que no sea el que detiene las mayores cuotas de poder en las producciones teóricas (cf. Barenblitt, en AAVV, 1991, 79-84).

A MODO DE CONCLUSIÓN Y CIERRE

Quizá no sería equivocado decir que el Acompañamiento Terapéutico está regido por la “Teoría del Caos”¹⁷, en el sentido de que se trata de una práctica “poco estructurada” en la cual las variables son menos controlables y predecibles en comparación con un Centro de Rehabilitación o la psicoterapia.

Sin embargo, aquello que parecía ser una práctica “poco estructurada” constituye una clínica que parece asentarse más bien en “otra estructura”; una estructura más compleja, polifacética, polifónica, repleta de atravesamientos (inter)subjetivos y personajes, desde familiares del paciente a su perro, el camarero del bar, vecinos y un infinito etc.

Esta complejidad teje una red, más bien maraña, que constituye el campo de intervención del Acompañante Terapéutico; campo en el cual tendrá que establecer y sostener un encuadre (para que la maraña sea red) y discriminar, en cada caso y situación, cuáles son sus objetos de intervención (más allá de que tenga claro que su paciente siempre será sólo uno).

A esta “red”, o a esta “otra estructura” polifacética, polifónica y compleja, la denomino Clínica de lo Cotidiano.

Esta noción de Clínica de lo Cotidiano atraviesa de una forma u otra los conceptos más específicos del Acompañamiento Terapéutico.

Desde otra perspectiva, diría que el desplazamiento hacia lo comunitario, domiciliario y cotidiano, problematiza de una forma radical la práctica y toda la conceptualización acerca del rol, tarea, encuadre e intervención; de modo que la noción de Clínica de lo Cotidiano sería un intento de “dar cuenta” de esta problematización... ésta sería nuestra “teoría del caos”.

Respecto al rol, queda claro que el Acompañante Terapéutico no es un psicoterapeuta o “psicoanalista ambulante” y que, en cambio, según el caso, incluso puede hablarse de ciertos niveles de Amistad Profesional o Transicional (sin asumir el rol de amigo). Se trata, como hemos visto, de un rol (a)simétrico, es decir, que puede presentar diferentes grados de simetría en el plano dinámico, pero que será siempre estructuralmente asimétrico.

A su vez, la tarea consiste en aminorar las manifestaciones vinculares y psicodinámicas enfermizas (sin la pretensión

¹⁷ La teoría de las estructuras disipativas, conocida también como teoría del caos, tiene como principal representante al químico belga Ilya Prigogine, y plantea que el mundo no sigue estrictamente el modelo del reloj, previsible y determinado, sino que tiene aspectos caóticos. El observador no es quien crea la inestabilidad o la imprevisibilidad con su ignorancia: ellas existen de por sí, y un ejemplo típico es el clima. Los procesos de la realidad dependen de un enorme conjunto de circunstancias inciertas.

de alterar la estructura psicótica), y sobre todo aquellas que se manifiestan a modo de conductas y actitudes disruptivas y alienadas, así como lograr un nivel óptimo de integración comunitaria (mediante el establecimiento de vínculos significativos con lugares y personas), autonomía y desarrollo de factores protectores (alimentación, vivienda, realización de actividades deportivas, lúdicas, creativas, culturales etc.).

Para poder apoyar la consecución de la tarea desde su rol, el Acompañante Terapéutico tendrá que disponer un *encuadre* acorde con su ámbito de intervención, y que por lo tanto deberá ser un Encuadre Abierto, lo cual implica que puede tener cabida la intervención en el ámbito de las relaciones familiares (sin que el Acompañamiento Terapéutico se convierta en una “terapia de familia a domicilio”) y comunitarias del paciente. Además, este encuadre abierto permite la inclusión y participación de terceros (a diferencia de la relación terapéutica “clásica” basada en la relación dual o en un encuadre grupal “cerrado”), siempre que ello contribuya a la consecución de la tarea. En resumen, el encuadre de la Clínica de lo Cotidiano es un Encuadre Ambulante y Abierto, lo cual no significa que deambule por todas partes ni que todo pueda “entrar”.

Si en el psicoanálisis de neuróticos el analista se centra en cómo el psiquismo se despliega en la transferencia, el Acompañamiento Terapéutico viene a recordarnos que, más allá de toda transferencia que pueda haber en la relación dual, el psiquismo se despliega constantemente, desde su lógica, en todas las relaciones cotidianas del sujeto con la diferencia de que, en Acompañamiento terapéutico, ese despliegue cotidiano tiene lugar “dentro” de un encuadre abierto, lo cual le confiere a estas situaciones cotidianas su talante clínico.

De ahí que la Clínica de lo Cotidiano está obligada a no ser nunca una clínica exclusivamente de la relación dual. Y es por ello que, en coherencia, hay que hablar de un encuadre abierto aunque selectivo.

Respecto a la *intervención*, por un lado se trataría de llevar a cabo una puesta en escena lo más cotidiana posible, pero con un sentido clínico subyacente, incluso cuando el sentido clínico apunte justamente a la no conveniencia de una intervención clínica (principio de no intervención).

La máxima sería: el Acompañante Terapéutico es un terapeuta que se parece a una persona... en el sentido de que en muchos aspectos su conducta abierta se acerca en gran medida a una actitud cotidiana.

Por otra parte, en la noción de intervención pensada desde la Clínica de lo Cotidiano también se opera desde un “principio de no intervención”, y ello en el sentido de que el quehacer del Acompañante Terapéutico consiste en acompañar al paciente en la realización de actividades y vivencia de experiencias cotidianas que producen efectos terapéuticos y rehabilitadores. Aquí la diferencia consiste en que no se trata de una intervención terapéutica sobre una “situación problema” (síntoma, déficit), sino que lo terapéutico y rehabilitador, o la consecución de la tarea, deriva más bien de las situaciones cotidianas experimentadas.

Sobre todo este “principio de no intervención” de la Clínica de lo Cotidiano impone un replanteamiento de la *noción de trabajo*. Es interesante observar cómo los familiares, el paciente, otros profesionales e incluso el mismo Acompañante, tienden a significar algunas situaciones del Acompañamiento Terapéuticos como “no trabajo”, algo “no técnico”, o “que no hace falta formación” y que incluso “lo podría hacer cualquiera desde el sentido común”.

Por lo tanto, la conceptualización acerca de la Clínica de lo Cotidiano puede cumplir la importante función de validar teórica y metodológicamente estos aspectos del Acompañamiento Terapéutico que justifican decir que en él se opera desde “otra estructura”.

Esta validación es importante también de cara a que el Acompañante Terapéutico pueda hacer frente a las posibles demandas e incluso quejas que puedan provenir del paciente, familiares u otros profesionales e instituciones.

De no haber la validación teórica y corporativa de esta “otra estructura”, hay mayores posibilidades de que el Acompañante Terapéutico adopte los esquemas de referencia propios de otras prácticas, por lo general más validadas e instituidas (“psicoanalista ambulante”, asistencialismo, pedagogismo, empleo de un “encuadre cerrado o dual”).

En definitiva, lo que hay que decir tajantemente es que no cualquier persona ni cualquier profesional pueden tomarse un café con un paciente con el mismo sentido, intencionalidad y efecto que un Acompañante Terapéutico entrenado.

Lo anteriormente expuesto permite trazar algunas líneas de reflexión para investigaciones futuras, a saber:

° Seguir desarrollando la Clínica de lo Cotidiano desde la problematización y especificidades de las nociones de rol, tarea, encuadre e intervención.

° Investigar acerca de la aplicación de la noción de Clínica de lo Cotidiano en otros ámbitos. Por ejemplo: en el “Centro de Día Parla” (dispositivos dirigidos por mí, gestionados por Fundación Manantial y concertados con la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid) se está llevando a cabo un grupo (creado inicialmente

por Rosa María Reyes) denominado “Espacio de Familias y Allegados” en el que se aplica algunos principios de la Clínica de lo Cotidiano. A los usuarios y familiares se les invita a tomar un café y compartir unos momentos distendidos, en donde una de las consignas consiste en que en este espacio no se habla de enfermedad y, desde luego, los profesionales nunca responden desde un lugar estrictamente clínico, aunque las diferentes acciones (incluido el lugar en que se sienta cada profesional) suelen tener una intencionalidad táctica. A su vez, se valora especialmente la experiencia grupal entre familiares y usuarios, el intercambio de experiencias de vida, las relaciones de amistad que se crean etc. Los resultados de este grupo son realmente espectaculares (ver Reyes y Arambilet, 2011). Por otra parte, también podría investigarse acerca de la aplicación de la Clínica de lo Cotidiano en recursos residenciales para personas con patologías graves, dado que el funcionamiento de tales recursos se da sobre situaciones cotidianas. En definitiva, estas posibilidades apuntan a que la noción de Clínica de lo Cotidiano constituye una categoría más amplia que el Acompañamiento Terapéutico, y que por lo tanto podría aplicarse a otros dispositivos y en diferentes patologías y situaciones.

° En una línea similar a la anteriormente sugerida, se podría investigar sobre la aplicación de algunas herramientas de la Clínica de lo Cotidiano en la psicoterapia de pacientes con patologías graves.

° Por lo general se emplea el Acompañamiento Terapéutico como un dispositivo accesorio y complementario, por ejemplo, a la psicoterapia o el trabajo institucional. Sin embargo, por lo menos hipotéticamente el Acompañamiento Terapéutico podría ser el eje del proceso terapéutico de determinados pacientes, como pueden ser aquellos que rechazan casi cualquier tipo de psicoterapia o tratamiento institucional, en cuyo caso el Acompañamiento Terapéutico puede estar indicado no sólo como dispositivo para facilitar la vinculación a dichas terapias, sino a lo mejor como el dispositivo más indicado para determinados casos. Creo que esta modalidad de Acompañamiento Terapéutico tenderá a ser más frecuente en la medida en que contemos con más Acompañantes experimentados y con una formación sólida, capaces de manejar (con la ayuda de la supervisión etc.) los complejos e intensos vínculos que pueden desarrollarse en estos casos.

° Investigar acerca del impacto que el ejercicio del Acompañamiento Terapéutico puede provocar en el Acompañante. Además de la relación cuerpo a cuerpo con pacientes con patologías graves, hemos visto que la Clínica de lo Cotidiano se fundamenta en “otra estructura”, lo cual de alguna forma rompe los esquemas de referencia previos del Acompañante y produce diferentes modalidades de ansiedad (por ejemplo, de tipo confusional) y posibles actuaciones a modo de defensa (asistencialismo, pedagogismo, especularidades defensivas).

° Teniendo en cuenta todo lo anterior, investigar acerca de cómo debería de ser un programa de formación en Acompañamiento Terapéutico; contenidos, metodologías, dispositivos de formación y apoyo continuos (trabajo en equipo, grupos de estudio, grupo operativo, supervisión) etc.

REFERENCIAS

- Anguera, M. T. (1989) *Metodología de la observación en las ciencias humanas*, Madrid, Cátedra.
- Anguera, M. T. (1991). *Metodología observacional en la investigación psicológica*, Vol. I, Barcelona, PPU.
- Barreto, K. D. (1998). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*, São Paulo, Unimarco.
- Basaglia F. (1968). *La institución negada*, Barcelona, Barral.
- Bustos, Graciela y Frank, Laura. (2011). *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la Clínica. Inscripción Institucional*, Buenos Aires, Dunken.
- Chevez, A. M. (coord.) (2012). *Acompañamiento Terapéutico en España*, Madrid, Grupo 5.
- Cooper, D. (1974). *Psiquiatría y antipsiquiatría* (Orig. 1969), Buenos Aires, Paidós.
- Dozza, L. M. (1994). Acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos: consideraciones históricas, ideológicas y prácticas; en *AREA 3 - Cuadernos de temas grupales e institucionales* (1) 33-44, Madrid, Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales.
- Dozza, L. M. (1999a) Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos; *INFOCOP: suplemento informativo de Papeles del Psicólogo* (72) 51-54.
- Dozza, L. M. (1999b) El viejo, el demente, el loco y el negro: de la mirada patética a la mirada poética, *AREA 3 - Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales* (7), 14-17, Madrid, Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales.

- Dozza, L. M. (2012). Clínica de lo Cotidiano en Acompañamiento Terapéutico, en Chevez, A. M. (coord.), 2012.
- Dozza, L. M. (2018). *Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano*, España, Amazing Books (1ª ed. 2014).
- Dozza, L. M. (2020). "Acompañamiento Terapéutico: encuentros y desencuentros entre la vaca loca y el pato lógico", España, Amazing Books.
- Dozza, L. M., Aguiar, C. y Sereno, D. (1991) O acompanhamento terapeutico e a clínica: a função do acompanhante no tratamento; en AAVV, 1991, 67-78.
- Dozza, L. M. y Tarí, A. G. (1996). Estrategias asistenciales para pacientes graves, *AREA 3 - Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales* (3), 29-40, Madrid, Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales.
- Dozza, L. M. et al. (2011). Manifiesto Antiasistencialista (1ª Parte), *AREA 3 – Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales* (15) <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-15-antiasistencialismo.pdf>
- Dragotto, P. y Frank, María Laura (2012). *Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en AT*, Cordoba, Brujas.
- Herman, M. C. (2012) *Acompanhamento terapeutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginario*, Sao Bernardo do Campo, UMESP.
- Hethmon, R. H. (1968). El método del Actors Studio, Madrid, Fundamentos
- Laing, R. D. (1976). *El cuestionamiento de la familia* (Ed. Orig. 1969), Buenos Aires, Paidós.
- Lebrón, Vanesa N. (2012). El Acompañamiento de Claudia. Terapia Ocupacional, *Revista informativa de APETO* (58), Madrid.
- Mauer, Susana K. y Resnisky, Silvia. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos (manual introductorio a una estrategia clínica)*, Buenos Aires, Trieb.
- Pulice, G. O. (2011). *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*, Buenos Aires, Letra Viva
- Reyes, Rosa M. y Arambilet, Belen. (2011). Creando otro espacio de encuentro en familia: Grupo de Familias y Allegados, *Revista Intersubjetivo*, 45-57, Madrid
- Stanislavski, C. (1977). *El trabajo del actor sobre su papel*, Buenos Aires, Quetzal.
- Winnicott, D. W. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Laia, 1979.
- Winnicott, D. W. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo* (Ed. Orig. 1964), Buenos Aires, Hormé.
- Winnicott, D. W. (1990) *El gesto espontaneo: cartas escogidas* (Ed. Orig. 1987), Barcelona, Paidós.
- Winnicott, D. W. (1991). *El niño y el mundo externo* (Ed. Orig. 1957), Buenos Aires, Hormé.
- Winnicott, D. W. (1992) *Realidad y Juego* (Ed. Orig. 1971), Barcelona, Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1993). *El proceso de maduración en el niño* (Ed. Orig. 1965), Barcelona, Laia.

Ficha 1.

El caminar anárquico de María

Cada Acompañamiento Terapéutico puede ser muy diferente de otros, en función de las características y situación del paciente, así como de su tratamiento y situación psicosocial etc. A continuación haré una descripción del Acompañamiento Terapéutico de María, y es importante tener en cuenta que esta descripción no ilustra lo que es el Acompañamiento Terapéutico, sino tan sólo un caso.

Según el informe realizado por la psicóloga de la Residencia Infantil de monjas en la que se encontraba María (13 años), a los tres años y siete meses se le diagnosticó un «Trastorno Profundo del Desarrollo» (según el D.S.M. III), presentando sintomatología autística y crisis de agresividad. Entre los cinco y ocho años de edad recibió tratamiento en un Hospital de Día. Desde entonces residió en casa de los abuelos maternos, dado que los padres no podían contener la agresividad dirigida sobre todo hacia su hermana de diez meses. La situación se agravó aún más a raíz de un nuevo embarazo de la madre.

En una reunión la madre dijo que no podía tener a María en casa debido a que no era capaz de soportar sus momentos de auto y heteroagresividad (morder, arañar, tirar de los pelos), y a que tenía que preservar a sus dos hijas más pequeñas.

Cuando se solicitó el Acompañamiento Terapéutico, María llevaba cuatro meses viviendo en carácter provisional en la Residencia Infantil. Desde un primer momento se reconoció que dicha Residencia no podía dar cuenta de la gravedad del caso, pero se encontraron con la escasa existencia de instituciones que se hiciesen cargo (tratamiento y residencia) de casos de psicosis infantil; sobre todo debido a que, cronológicamente, a la sazón María se encontraba en una edad límite (trece años).

En verano de 1994 se añadió la dificultad de que la mayoría de las monjas se iba de vacaciones con los demás niños, de modo que no habría personal suficiente para hacerse cargo de María y de los niños que se quedaban. De hecho, resultaba evidente que el personal de la Residencia ya se encontraba en el límite del desgaste emocional, de modo que ni siquiera con su devoción religiosa podrían sostener la situación.

Se decidió que María pasaría estos tres meses en casa de los abuelos maternos, en donde solía pasar los fines de semana que no estaba en la Residencia. En su informe la psicóloga de la residencia señaló un «funcionamiento familiar muy perturbado emocionalmente, así como muy inflexiblemente consolidado», subrayando la existencia de «una relación absolutamente unida e indisoluble» entre la madre y la abuela materna, así como un distanciamiento por parte del padre y del abuelo.

Ante esta situación, la demanda de Acompañamiento Terapéutico (por parte de la psicóloga de la Residencia) derivó de la necesidad de brindar un sostén durante estos tres meses de vacaciones; es decir: mientras se buscaba un lugar de residencia (institucional) que se hiciera cargo del tratamiento y cuidado continuado de María.

A la sazón (finales de Junio) yo tenía organizado un viaje de vacaciones en Agosto, lo cual fue comunicado a las personas implicadas.

Antes de conocer a María, tuve una reunión en la Residencia con la abuela, los padres, la psicóloga y dos monjas. Al final de la reunión trajeron a María para que nos conociéramos, pero éramos muchos y estábamos todos muy tensos. A pesar de que «empujaron» a María para que se acercara a mí, me di por satisfecho con habernos visto las caras¹.

En la reunión acordamos un encuadre de dos encuentros semanales, con una duración de dos horas cada encuentro.

El abuelo solía ausentarse de la casa durante los encuentros. Entre María y la abuela había una indiscriminación extremadamente patológica, lo cual me hizo optar por tomar como paciente a «Maríabuela».

¹ Debido al alto grado de ansiedad en el primer contacto, sobre todo en determinados casos conviene que éste sea breve y se limite a un encuadramiento general del Acompañamiento (presentación, explicitación de la tarea y horarios, etc.).

María caminaba mucho por la casa durante las dos horas que duraban los encuentros. Más allá de repetir de forma mecánica el nombre de los profesionales que la habían cuidado y tratado, sus verbalizaciones solían ser escasas, mientras las de la abuela eran abundantes. En diversas ocasiones la abuela lloró compulsivamente, diciendo que no le apetecía vivir, salir, hacer amigos, etcétera: María era lo único que la ataba a la vida.

A continuación haré la transcripción de algunos pasajes de este Acompañamiento Terapéutico. En algunos casos se trata de una transcripción literal, tal cómo aparece en mis cuadernos de registro (solía tomar notas después de cada encuentro). Con tales registros tenía la intención de destacar tan sólo algunas anécdotas, y no todo el encuentro. Cuando considere conveniente haré un resumen de varios encuentros. Los comentarios actuales aparecerán al final de cada registro o en notas a pie de página.

PRIMER ENCUENTRO: A TRABAJAR

Cuando llegué María estaba en la puerta (dentro de la casa), como si estuviese esperándome. Lo primero que dijo, dirigiéndose a la abuela, fue: «a trabajar con Leonel».

Caminó por la casa durante todo el encuentro y repitió varias veces que iba a trabajar conmigo. En la primera oportunidad, cuando se sentó a mi lado, le planteé el encuadre: que iba a verla los lunes y miércoles de diez a doce, hasta septiembre (exceptuando mis vacaciones), y que podríamos hacer cosas juntos, charlar, jugar, salir o lo que propusiera ella. Dijo que le gustaba dibujar. La abuela trajo un bolígrafo y cuaderno, pero María no lo abrió y siguió caminando por la casa.

AT: María, ven aquí que te quiero preguntar una cosa (se sentó a mi lado)... ¿En qué piensas mientras caminas?

M: Que estoy mala.

AT: ¿Qué te pasa?

M: Es que no trabajo.

AT: Pues yo creo que estamos trabajando.

Se levantó y siguió caminando. Me siento fuera de lugar, sin lugar, torpe. En determinado momento cogí el cuaderno, dibujé una casa y lo cerré. Mientras dibujaba, María entró en el salón y no la miré. Se fue a la cocina y preguntó algo a la abuela. Esta le dijo que me lo preguntara a mí:

M: ¿Te has enfadado conmigo?

AT: ¿Por qué habría de enfadarme contigo?

M: Porque no estoy trabajando.

AT: Creo que ya hemos trabajado mucho.

En varios momentos dijo: «ahora te vas; mañana trabajamos». Yo aprovechaba para volver a decirle a qué hora me iba y que nos veríamos los lunes y miércoles.

En diversas ocasiones María hizo amago de abrir el cuaderno con mi dibujo, pero sólo lo hizo tras vacilar varias veces:

M: (Sonriendo) ¡Una casa! (fue la reacción más viva que había tenido hasta entonces).

Unos minutos después:

M: ¿Me quieres?

AT: Eres una niña muy hermosa y me gustaría mucho ayudarte.

La abuela estuvo casi todo el tiempo charlando conmigo, en el salón. El abuelo (que se había marchado tan pronto llegué y regresó a la hora de irme) me invitó a tomar un café en el bar. Acepté. Casi no pudimos hablar, dado que salía el autobús².

² La casa de los abuelos estaba en un pueblo en las afueras de Madrid, y sólo habían autobuses cada dos horas

SEGUNDO ENCUENTRO: ANARQUÍA Y DESTRUCCIÓN

María estaba muy agitada: caminaba todo el tiempo, mordía las cortinas y se mordía los brazos³.

M: Los médicos me han acusado.

AT: ¿Qué te han dicho los médicos?

M: Crisis infantil. No tiene cura.

AT: ¿Sientes que no te pondrás bien y por eso estás asustada?

M: Sí.

Siguió caminando compulsivamente y de forma anárquica, yéndose a otras habitaciones de la casa. Cuando venía al salón, la observaba en silencio. Poco a poco se fue tranquilizando:

M: Estoy mala de la cabeza.

AT: ¿Qué te pasa?

M: Soy mala.

Volvió a caminar. Volvió a acercarse.

M: ¿Pintamos?

AT: Vale.

Hizo amago de coger el cuaderno, pero:

M: No; soy mala.

Se fue del salón y empezó a gritar. Cuando regresó, apretó mi mano con fuerza y luego me clavó sus uñas. Me hizo un poco de sangre. También arañó mi cara, me cogió de los pelos e intentó morderme: tenía mucha fuerza física. Me defendí como pude, sujetándola firmemente; pero traté de no hacer gestos bruscos que le hiciesen daño o la asustase. Esa guerra duró más de media hora y me agotó.

El abuelo se fue de la casa y me quedé con María y la abuela en el salón. María se fue a la cocina y empezó a gritar. Fui a verla y ella intentó arañarme en diversas ocasiones. Al comienzo tuve que defenderme, pero poco a poco la violencia de sus ataques disminuyó, hasta el punto en que apenas tocaba mi mano. De hecho, amenazaba atacarme con un gesto brusco de acercamiento, pero cuando cogía mi mano la tocaba con suavidad. Tuve que hacer un gran esfuerzo para no reaccionar y permitirle realizar estos «experimentos».

Cuando cesaron los ataques, nos fuimos al salón y empezó a llorar; ante lo cual, la abuela también lloró. En este momento María dejó de llorar, y la abuela también; con lo cual, María volvió a llorar y la abuela también, y esta secuencia se repitió un par de veces más. Llamó mi atención el hecho de que María siempre cogía dos servilletas para secarse las lágrimas (hipótesis: una es para ella, y la otra, para la abuela). A continuación empezó a morderse el brazo y hacer «el pajarillo» (gesto típico de los niños autistas). La abuela se puso muy angustiada y agitada (dando voces y gesticulando). Le dije, con tono imperativo, que se tranquilizara. En dos ocasiones la abuela amenazó con agitarse nuevamente, pero la frené.

Poco a poco el silencio invadió el salón, produciéndome una agradable sensación de tranquilidad. Los pasos flotantes de María, junto con los suspiros aliviados de la abuela, marcaban el compás del silencio. El caminar de María se fue haciendo más tranquilo, hasta que se sentó a mi lado:

M: ¿Te acuerdas de mí?

AT: Claro que sí. Por eso he venido a verte otra vez.

Señalé la tranquilidad que había en este momento.

Abuela: Es que no puedo. Cuando María se pone así no puedo controlarme (llora), y me pongo a llorar. Yo lloro mucho, ¿sabes?; pero a María le digo que lloro porque me duelen las piernas.

Llamó mi atención el hecho de que la abuela haya confesado esa mentira delante de María. Sin embargo, tuve la nítida sensación de que hablaba como si María no estuviese presente (existencia fantasmática).

AT: Pero María sabe que esto no es cierto, ¿verdad?

Abuela: (manifestando haber tenido un *insight*) Sí, es cierto; porque el otro día me dijo: «lloras por mí».

³ María solía morderse con frecuencia, de modo que en varias ocasiones había que vendarle los brazos para que no se hiciera demasiado daño. Por otra parte, una serie de datos apuntan hacia la existencia de sentimientos agresivos disociados de la abuela hacia María. Por ejemplo: constantemente se quejaba de que María tenía la boca herida, debido a su costumbre de morder las cortinas y el brazo. Sin embargo, me resultó muy impactante ver con qué intensidad la abuela le limpiaba la boca empleando una servilleta. Lo más probable es que las heridas provenían también de ello.

Durante esta charla María caminaba por la casa y de vez en cuando se sentaba a mí lado.

AT: ¿Has oído lo que dijo la abuela?

M: Sí.

La abuela dijo que no sale porque tiene que estar pendiente de María, pero acabó reconociendo que no lo hace porque no le apetece. Recuerda que desde joven no le interesaba salir, hacer amigos, etc.

A la vez que mantenía esta conversación con la abuela, estaba pendiente de una «conversación» no verbal que había establecido con María (sentada a mí lado). Dicha «conversación» consistió en que a cada tres o cuatro minutos ella tocaba mi brazo y me miraba. Yo contestaba tocando su brazo y mirándola (los gestos de ambos eran muy suaves y lentos). En determinado momento miró hacia el cuaderno que estaba sobre la mesa y dijo: «Bueno; ¿trabajamos entonces?»

AT: Hay momentos en que eres muy hermosa y dulce.

Me pareció que a María le gustó oírlo: a partir de este momento estuvo más «conectada» e incluso sonreía en algunas ocasiones. A raíz de ello, por primera vez la abuela habló de estos momentos hermosos en la simbiosis con María.

Abuela: No me apetece salir. Soy feliz aquí, con María; pero cuando ella se pone mala no puedo controlarme. Yo intento portarme bien con ella.

A la hora de irme, María puso sus manos sobre mis hombros y se quedó mirándome. Me pareció que ensayaba un abrazo, el cual no se produjo.

TERCER ENCUENTRO: LA PREGUNTA TRANSFERENCIAL

Durante la primera hora María estuvo caminando por la casa, y sólo se quedaba conmigo en el salón cuando estaba la abuela. A veces le decía algo, pero no me esforcé por establecer una comunicación explícita. Me quedé «esperando no sé qué», a veces con la sensación de ser un mueble de la casa. En este encuentro he podido observar con más claridad el tipo de relación que ambas establecen. Por ejemplo:

Abuela: María; ¿cuándo cumples años? El quin...

M: ...ce.

Abuela: De Se...

M: ...ptiembre.

Hablaban así en varias ocasiones, y la abuela me miraba orgullosa como diciendo: «ves qué bien he adiestrado a mi animalito». A mí me agobiaba asistirlo.

En otro momento:

Abuela: María, pregúntale a Leonel qué tal está su familia. Dí: ¿Qué tal está tu familia?

M: ... ¿qué tal está tu familia?

AT: ¿Me lo preguntas porque quieres saberlo o porque lo dijo la abuela?

M: ... no sé...

Se produjo un silencio breve. La abuela sonrió, quizá un poco cortada.

A continuación, en algunas ocasiones María pidió que la abuela me hiciera preguntas. Le dije que, si quisiera, podía preguntármelo directamente.

M: (dirigiéndose a la abuela) ¿Leonel se ha ido enfadado el otro día?

AT: ¿Por qué no me lo preguntas a mí?

M: ¿Te fuiste enfadado?

AT: No; ¿y tú; estabas enfadada conmigo?

M: Sí.

AT: ¿Por qué?

M: No sé.

AT: Ya sé: es que me he portado mal contigo y he sido un chico malo.

M: (sonriendo) Sííí.

Parece que le gustó jugar con el tema del enfado: sonreía mucho, se quedaba sentada a mí lado e interactuaba más conmigo (sin necesitar tanto de la abuela).

Abuela: ¿Por qué se enfadó Juan contigo?

M: Porque le he tirado de los pelos.

AT: El lunes también me has tirado de los pelos, ¿te acuerdas?

M: Sí.

AT: Pero yo seguiré viniendo a verte. Puede que alguna vez me enfade, pero seguiré viniendo.

Después de este encuentro la psicóloga de la Residencia me llamó para decir que la madre de María había llamado y estaba muy preocupada. Se enteró a través de la abuela que María me había arañado y tirado de los pelos, y creía que por ello yo dejaría de ir a verla. Parece haber un temor generalizado de que yo no sobreviva a los ataques de María.

CUARTO ENCUENTRO: LA PREGUNTA FUNDAMENTAL

Cuando llegué María no vino a saludarme. Al comienzo de los encuentros suele estar más distante y nos cuesta contactar, pero poco a poco (aproximadamente a partir de la segunda hora) establecemos un mayor contacto y comunicación explícita. En este encuentro fundamentalmente caminaba por la casa y decididamente no me hacía caso cuando le hablaba.

AT: (con tono «juguetón-enfadado»): Oye; dime una cosa: ¿eres sorda o eres muda?

M: Soy muda.

AT: Pero yo te estoy oyendo... ¿o es que eres pasota?

M: Sí.

AT: La María pasota. ¿Por qué eres pasota?

M: No sé.

Cuando le pregunto algo, suele contestar con «sí», «no» o «no sé».

AT: (con tono juguetón) ¿Sólo sabes decir sí, no y no sé?

M: Sí... he trabajado con Ángel.

AT: ¿Qué tal te fue?

M: Mal... yo no trabajaba.

Durante el encuentro fui inventando apodos para María, según las situaciones que surgían: «María pasota», «mudita», «mirona» (se quedaba mirando mí camisa), «tramposa». Esto pareció gustarle, y poco a poco empezó a establecer un mayor contacto conmigo y permanecer sentada a mí lado durante períodos cortos. En algunos momentos volvía a caminar por la casa, mientras la abuela, presente en todo esto, se quejaba de que le dolían las piernas.

AT: (con tono juguetón) María; creo que ya sé por qué caminas tanto: es que tienes que caminar por ti y por la abuela (en este momento dejó de caminar y se sentó a mí lado). La abuela habla por María, y María camina por la abuela. Las dos hacen una: la pareja perfecta.

M: (dirigiéndose a la abuela) ¿Eres María?

La abuela sonrió.

En un momento posterior, en una conversación la abuela dijo que había «mimado demasiado a María» (SIC), y sabía que en la Residencia de las monjas ella era mucho más autónoma (comía sola, hacía su higiene personal, etc.).

Abuela: Es que no puedo. Yo soy así; no puedo aguantar y acabo haciendo las cosas por ella.[...]. Creo que eso que hago no la ayuda en nada.[...]. Bueno, intentaré no hacerlo. Es muy difícil, pero lo voy a intentar.

AT: ¿Qué te parece, María?

M: Me parece bien.

A la hora de irme:

M: (a la abuela) ¿Por qué Leonel no se queda todo el día?

AT: Ahora me voy; pero el miércoles vuelvo a verte.

SEXTO ENCUENTRO: ORIENTANDO EL CAMINAR ANÁRQUICO

Hacia la segunda hora Maríabuella repitió varias veces la misma secuencia del segundo encuentro: María se acercaba a la abuela, la tocaba (demandando que la mirara) y lloraba (con sus dos servilletas en la mano); ante lo cual, la abuela también lloraba. Entonces María dejaba de llorar y la abuela hacía lo propio, para que a continuación María volviera a llorar e iniciar una vez más la secuencia. Era evidente que a ambas les resultaba imposible salir de este círculo vicioso. En una de esas ocasiones, cuando María inició una nueva secuencia acompañé sus movimientos narrándolos (entonando mí voz con sus movimientos):

AT: Ahora te acercas a la abuela... la tocas para que te mire... y lloras...

En este momento María se detuvo.

AT: Parece que es muy importante que la abuela te mire.

Abuela: Es que si la miro me pongo a llorar yo también.

AT: (a María) ¿Por eso tienes dos servilletas? ¿Una de ellas es para la abuela?

M: (a la abuela) ... entonces vale: prepara mi ropa que me voy a mi casa.

Dejó de realizar la secuencia, y durante el encuentro repitió varias veces que quería irse a su casa; es decir, a vivir con sus padres.

En la última media hora empezó a morderse el brazo. Luego, se sentó a mi lado y cogió mi mano:

M: Oye... que te voy a hacer algo.

AT: ¿Qué me vas a hacer?

Inició una secuencia que consistía en alejarse, acercarse y coger mi mano con un gesto brusco, pero luego tocarla con suavidad. Poco a poco, la brusquedad de estos ataques disminuyó. Me costó mucho esfuerzo mantenerme tranquilo.

M: Oye; ¿cuándo te vas?

AT: Dentro de cinco minutos.

Se sentó a mi lado y pareció estar tranquila.

Abuela: ¿Quieres que se vaya?

M: No.

A la hora de irme vino a darme un beso y me abrazó.

RESUMEN DE LOS ENCUENTROS SIETE AL DIECISÉIS: VARONES Y BRUJAS

Los varones de la casa empezaron a acercarse, aunque muy tímidamente. El padre, que es albañil, estuvo haciendo la reforma de la escalera. En ninguna ocasión vino hablar conmigo; actuaba como si «no estoy aquí». Yo iba a saludarle y por lo general hablábamos de la escalera, del tiempo, etc. Tengo la sensación de que la forma de acercarme a los varones es no hablando de María.

En el encuentro número once el tío de María vino hablar conmigo en un momento en que la abuela no estaba presente. Me quedé desconcertado: yo ni siquiera sabía que María tenía un tío y que éste vivía en la misma casa. No hemos logrado comunicarnos y enseguida se fue. Después de este día, el tío, que para mí nunca había existido, volvió a dejar de existir (no volvió a aparecer, no fue nombrado, en la casa no parece haber rastros de su existencia, etc.). Tengo la fantasía de que quizá lo he alucinado.

Últimamente el abuelo suele estar más tiempo presente. Fundamentalmente, hablamos del tiempo y otros temas cotidianos. Cuando más presente estuvo, fue en una ocasión en que se puso a contarme, en presencia de María y la abuela, anécdotas acerca de su juventud. Dijo que le tiene miedo a María, quien pareció interesarse por las anécdotas del abuelo (estuvo sentada a mi lado, escuchándole).

Tengo la sensación de que el acercamiento de los varones pasa por la mirada de la abuela, quien ha establecido una relación positiva conmigo en cuanto figura masculina protectora. Parece ser que esta imagen, en la subjetividad de la abuela, hace que los varones se atrevan a acercarse y participar, porque de alguna forma ella les invita o, más bien, les da su permiso. Pero el acercamiento de los varones es muy «tímido»; me miran como de reojo, se acercan yéndose y yo también me siento tenso.

En estos encuentros, en varias ocasiones María vomitó tras beber la leche que le daba la abuela. En una de estas ocasiones me habló de sus sueños, en que la Bruja Pirula le traía la leche.

AT: ¿La Bruja Pirula es buena o mala?

M: Mala... (dirigiéndose a la abuela) tu me bajabas la leche.

A la sazón se hizo explícita una gran confusión institucional, puesto que no terminaban de decidir si María volvería a la Residencia de las monjas o iría a esta o aquella institución después de las vacaciones. Cada día había una novedad en este sentido.

DÉCIMO ENCUENTRO⁴: SOSTÉN SENSORIAL

María estuvo inquieta e insistió mucho para que la abuela la acostara en la cama. Decía que «estoy mala». Me pareció que la abuela no atendía a su pedido debido a que suponía que María debía estar conmigo todo el tiempo. Propuse que la acostara y así lo hizo. Me quedé con la abuela en el salón (que da a la habitación) y más o menos cada diez minutos le hacía una “visita” a María. Me quedaba hasta el momento en que me echaba:

M: Vete.

AT: Vale; pero volveré a visitarte dentro de unos diez minutos; ¿vale?

M: Sí.

Cada vez que volvía a la habitación había una mejor comunicación entre nosotros: hablaba y tardaba más en echarme. En determinado momento pidió que la abuela la levantara de la cama. Estuvo tranquila y comunicativa (relativamente hablando) durante el resto del encuentro.

Envolver confortablemente en sábanas a un paciente hospitalizado [...] es una forma eficaz y humana de tratar a alguien que está viviendo el terror de una inminente aniquilación en forma de la dispersión del *self* en un espacio ilimitado. Esta forma de intervención representa un intento de dotar al paciente, casi literalmente, de una segunda piel, proporcionándole una superficie sensorial e interpersonal firme, palpable y contenedora. (Ogden, 1989, 39)

DÉCIMO SÉPTIMO ENCUENTRO: SOSTÉN CORPORAL

Llamaron desde la Comunidad de Madrid diciendo que María ya no se iba a la Residencia de las monjas, y que tendrían una reunión para decidir adónde iba. María decía que quería irse a la Residencia. Lloró en algunos momentos de este encuentro. Unos minutos más tarde la directora de la Residencia llamó para decir a la abuela que la llevara allí. María se enteró de que la monja que la cuidaba ya no estaba en la Residencia. Empezó a morderse el brazo y se fue al servicio. Fui a verla y la encontré en un rincón, mordiéndose y «haciendo el pajarillo». Mí primer impulso fue sujetarla, pero me detuve:

AT: Supongo que duele mucho cuando te muerdes.

M: (Se detiene)... sí.

AT: ¿Lo haces para tranquilizarte?

M: (siempre amenazando con volver a morderse) sí.

AT: Por qué en vez de morderte, no me das un abrazo.

Me abrazó y luego estuvo más tranquila. En otro momento, cuando amenazó con volver a morderse le dije:

AT: ¡María! Un abrazo.

Volvimos a abrazarnos.

AT: El abrazo también tranquiliza. Así que cuando necesites morderte, me das un abrazo.

Unos cinco minutos después:

M: ¡Un abrazo! (Nos abrazamos) Dime «cariño» (la abuela solía llamarla de esta forma).

AT: ¿Quién te dice «cariño»?

M: La abuela.

AT: La abuela te dice «cariño»; yo te doy abrazos.

M: No más abrazos.

AT: Vale; pero si quieres estaré aquí.

M: ... si quiero abrazarte estarás ahí.

AT: Así es.

Unos cinco minutos después:

M: ¡Un abrazo!

Siempre que me abraza, me coge del cuello y se sube los pies para que yo la sostenga durante unos segundos.

En casi todos los encuentros María propone que salgamos a la calle, pero siempre se detiene cuando llegamos a la puerta (como si hubiese una fuerza invisible, un imán que tira de ella hacia dentro). Nunca insistí para que saliéramos. Hoy, después de un abrazo, dijo una vez más:

M: Oye, ¿salimos?

AT: Vale.

⁴En el anterior apartado he resumido los encuentros siete al dieciseis. Ahora volvemos al diez.

Me cogió de la mano y por primera vez salimos de la casa. A veces soltaba mí mano (como experimentando la sensación de caminar «sola»), pero luego volvía a cogérmela. En pocos minutos ya caminaba sin cogermela de la mano.

M: ¿Corremos?

AT: Vale.

Corrimos durante un minuto, aproximadamente:

M: Me canso rápido.

Saludó a tres personas del pueblo que la conocían y que se sorprendieron al verla en la calle (sobre todo sin la abuela). Luego, me llevó hacia la carretera que, según ella, conduce hacia el pueblo de sus padres. Caminamos y corrimos por esta carretera durante aproximadamente media hora (es una carretera estrecha por la que apenas pasan coches). En determinado momento (teniendo en cuenta nuestro horario) propuse que regresáramos.

Empezamos el camino de vuelta, pero luego María dijo que se iba al pueblo de sus padres, dio media vuelta y salió corriendo. Corrí detrás, diciendo en tono juguetón que la iba a coger. Cuando se percató de que la alcanzaba, se paró riéndose, y abriendo los brazos propuso un abrazo. Durante el regreso pidió (sin palabras) muchos abrazos (siempre demandando que la sostuviera).

Acercándonos a la casa, en dos ocasiones preguntó: «¿Me está llamando la abuela?».

AT: ¿La oyes llamarte?

M: Sí.

En la medida en que nos acercábamos a la casa, empezó a hacer «el pajarillo». Al entrar se mordió el brazo y volvió a sus estereotipias habituales.

Abuela: ¿Te ha gustado salir con Leonel?

M: Sí.

Tuve la sensación de que la abuela estaba enojada.

RESUMEN DE LOS ENCUENTROS DIECIOCHO AL VEINTITRÉS: EN LA CARRETERA DE LA ILUSIÓN

A todas luces, María decidió que el Acompañamiento Terapéutico es para ella. A partir del encuentro anterior propuso salir a la carretera en todos los demás (o sea: los seis últimos). Hubo ocasiones en que, tan pronto llegaba, sin mediar palabra me cogía de la mano y salíamos (en algunas ocasiones la frené y le dediqué unos minutos a la abuela). En estas salidas solíamos caminar y correr mucho; hablábamos poco e interactuábamos fundamentalmente a nivel corporal y rítmico. Demandaba muchos abrazos y que la sostuviera.

En una ocasión jugamos a sincronizar un palmeado (en un momento utilizando su mano derecha y mi izquierda), así como el ritmo de nuestros pasos.

A veces se ponía cara a cara delante de mí, me cogía de las manos y dejaba que su cuerpo se cayera hacia tras para que yo la sostuviera. En estos momentos cerraba los ojos, mientras yo me perdía en la fascinación por la inmensidad de su placer. He disfrutado con ello, aunque ese disfrute me pasó unas facturas considerables a nivel de cansancio físico y psíquico.

En estas salidas a la carretera nunca se produjeron episodios de auto y heteroagresividad, y a María se la veía más tranquila, contenta y conectada.

Al comienzo, se resistía mucho a la hora de volver a casa de la abuela, pero luego sus escapadas se convirtieron en un juego en que a mí me correspondía impedir (corporalmente) que se «escapara», es decir: que siguiera por la carretera en la dirección que supuestamente conducía hacia el pueblo en que viven sus padres.

M: Luego no volvemos [a la casa de la abuela].

AT: ¿Nunca más?

M: Nunca más.

AT: ¿Y dónde te vas a quedar?

M: Aquí... caminando.

AT: Caminando toda la vida. ¿Y yo?

M: Tu te vas... te quedas.

AT: ¿Cómo haremos para comer?

M: Nos vamos a casa de mis padres.

Y así estuvimos un rato más planificando nuestra vida en la carretera.

Aunque un poco más enojada y resistente, la abuela pareció haber aceptado esta nueva dinámica.

El impasse institucional se mantuvo, de modo que hasta el final no supe con seguridad adónde iba María. Por fin, se decidieron por una institución que consideraron la más adecuada. He participado en algunas reuniones (con la familia, la asistente social y la psicóloga de la Residencia) en las que se planteó la posibilidad de que, tras su ingreso, María pasara los fines de semana con la familia (un día con los abuelos y otro con los padres)⁵.

En el último encuentro volvimos a salir a la carretera.

A la hora de irme María no dio señales de reconocer que aquí se acababa «lo nuestro».

Me fui con la sensación de que no hemos logrado despedirnos.

La abuela lloró.

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA DEMANDA

En la descripción del Acompañamiento Terapéutico se puede observar una considerable mejoría en María, por lo menos en el contexto de los encuentros. La abuela decía que sobre todo los días en que había Acompañamiento, María solía estar más tranquila todo el día, y que también ella (la abuela) se sentía más tranquila. No es posible predecir su evolución futura, pero sí sugerir que el caso de María ilustra cómo un contexto intersubjetivo satisfactorio puede producir efectos positivos (aunque inestables) incluso a corto plazo. Por lo tanto, su evolución dependerá en gran medida de la conducta ambiental del contexto institucional en que fue ingresada.

Respecto al Acompañamiento Terapéutico, corresponde evaluar el proceso en función del análisis de la demanda. Recuérdese que se solicitó el Acompañamiento para sostener la situación provisional de desinstitucionalización y no definición de un plan terapéutico; para brindar un sostén afectivo y efectivo durante los tres meses en que María viviría con sus abuelos. Dicho en términos algo crudos: se demandaba *que la desgracia no se convirtiera en catástrofe*, que estos tres meses no resultasen demasiado traumáticos para todos, tanto a nivel psíquico como físico, y que no hubiese algún accidente grave, agresiones etc.

Desde este punto de vista, podría decirse que se obtuvieron resultados favorables; que fue posible sostener la situación y mantenerla dentro de los límites de lo soportable.

Pero conviene no dejar de preguntarse: teniendo en cuenta la precaria situación del ambiente familiar, ¿no hubiese sido mejor alternativa proceder a una institucionalización provisional durante estos tres meses? ¿Era cierto que no había ninguna posibilidad de institucionalización durante este tiempo?, ¿o se trataba más bien de un impasse institucional, burocrático y resistencial? ¿Hasta qué punto dicho impasse institucional podía estar reproduciendo el rechazo de los padres hacia María?

Desde este punto de vista, cabe considerar la posibilidad de que el Acompañamiento Terapéutico se haya amoldado y servido de soporte al impasse institucional. De ser así, los posibles aciertos clínicos en la relación terapéutica, tuvieron lugar sobre la base de una respuesta equivocada ante la demanda institucional.

Es decir: si se considera que la institucionalización provisional hubiese sido la mejor opción, el Acompañante hubiese podido no aceptar el caso (explicando su lectura de la demanda y sugiriendo otra alternativa). Sin embargo, antes de empezar el Acompañamiento Terapéutico resulta difícil poder evaluar si la institucionalización provisional hubiese sido más favorable o incluso viable.

Podría validarse la respuesta ante la demanda si se piensa que, si María y sus familiares estuviesen más contenidos, ello brindaría un mayor margen de tranquilidad para que los responsables del caso tomaran la decisión más oportuna. Por ejemplo: si en alguna ocasión María llegase a hacerle demasiado daño a la abuela, o viceversa (lo cual en más de una ocasión estuvo a punto de ocurrir), habría una mayor necesidad de adoptar medidas urgentes, y por lo tanto menos pensadas.

De ahí que una conclusión posible sería: si se da por sentado que la respuesta ante la demanda fue acertada, no cabe duda de que en estos tres meses de Acompañamiento Terapéutico se produjeron resultados positivos, en el sentido de sostener la situación de desinstitucionalización provisional y proporcionar momentos de amparo. La dificultad consiste en que, más allá de las reflexiones que pueda hacerse al respecto, no es posible dar por sentado que la respuesta ante la demanda ha sido acertada.

Transcurridos cuatro años (el Acompañamiento finalizó en Octubre de 1994) he sido informado de que María estuvo ingresada durante dos años. Luego, fue trasladada a otra institución y ahí sigue. La familia la va a visitar los fines de semana (a excepción del abuelo, quien sufrió un derrame cerebral y no puede desplazarse).

⁵ Posteriormente supe que esto no se cumplió, y María estuvo ingresada permanentemente.

En definitiva, cualquier planteamiento acerca de los posibles resultados terapéuticos debe limitarse a estos tres meses de Acompañamiento en que, en el mejor de los casos, fue posible brindar cierto grado de amparo y evitar que la desgracia hubiese terminado en catástrofe. También corresponde valorar positivamente los momentos de tranquilidad, placer y sonrisas que el Acompañamiento haya podido propiciar a María y sus abuelos. Como suele decirse popularmente, «que me quiten lo bailado».

En síntesis, la evaluación global de este Acompañamiento Terapéutico podría ser:

Hemos cumplido con la tarea...

Sin embargo, quizá de poco sirvió...

Pero ha merecido la pena.



Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España