

# El acompañamiento terapéutico: una intervención dentro de la clínica psicoanalítica de las psicosis

Alberto Montoya Hernandez

---

*El abordaje clínico esta determinado por la gravedad del paciente; de esta forma tenemos pacientes con los cuales se puede trabajar mediante un psicoanálisis tradicional, en otros casos implica el trabajar en colaboración con un medico psiquiatra y un psicoanalista, donde el medicamento pone en condiciones de análisis al paciente. En casos mas graves, se incluye al acompañante terapéutico, buscando la reconstitución del lazo social cuando el paciente se aísla ya que el medio ambiente se le ha vuelto demasiado hostil. El hospital será otro recurso donde también le permitirá al paciente recuperarse de una situación aguda donde no basta solo el psicoanálisis ni la medicación en muchos casos. Una intervención múltiple y una discusión de caso por caso en un trabajo en equipo es la propuesta terapéutica.*

Por su origen y por su función es prácticamente imposible definir y hablar de lo que es un acompañante terapéutico (A.T.), sin hablar del contexto clínico que lo rodea, psicoanalista, psiquiatra, enfermeros, hospitales etc. De la misma forma que es imposible hablar del paciente sin hablar de su familia.

Históricamente sabemos que el A.T. es producto del psicoanálisis y de las comunidades terapéuticas, lo cual lo va a situar en un lugar distinto al del enfermero psiquiátrico; una diferencia más radical serán los llamados cuidadores, sistema del cual recurren las clínicas privadas en México. Los cuidadores son individuos sin ninguna preparación en enfermería; son desempleados que por un sueldo mínimo les ponen una bata blanca, sin ninguna idea clínica responden a la orden de cuidar al paciente agitado de que no se vaya a agredir físicamente, es decir, no están contemplando la posibilidad de construir lazos afectivos; por otro lado, por su bajo salario, algunos de ellos realizan en muchas ocasiones un abuso sexual o la introducción y tráfico de drogas. En contra de cualquier idea clínica se dan todas las condiciones para que no en pocas ocasiones los pacientes sean víctimas de la perversión, algunas clínicas privadas les ha resultado más lucrativo este sistema al no contar con un personal de base ni con enfermeros capacitados.

La idea del trabajo del A.T. se complementa con la del enfermero, pero vale la pena hacernos la pregunta por qué y para qué proponer un acompañante en determinado momento.

---

Partamos de lo que podría considerarse una axioma: la gravedad de un paciente determina los niveles de intervención médica y analítica. Básicamente podríamos pensar en cuatro niveles de intervención:

**Caso 1:** Pacientes psicóticos con suficientes recursos de simbolización, teniendo posibilidades de asociación libre sobre las alucinaciones; a estos pacientes se les propone tratar sus alucinaciones como si fueran sueños buscando un sentido; en este tipo de pacientes donde las certezas aún no están completamente instaladas y el sujeto no está tan fragmentado, existe una posibilidad de inscripción simbólica sobre lo real. Este tipo de pacientes trabajan en diván o frente a frente según su elección; en este nivel de tratamiento tenemos un analizante y un analista, no es necesaria la medicación pero se le avisa al paciente que en determinado momento se podría utilizar la medicina como un recurso, en este nivel el analista interviene bajo la teoría y técnica del psicoanálisis de la neurosis, está lo real forcluído pero predomina lo reprimido (desde lo que se ve en la clínica no es posible pensar los mecanismos psíquicos, represión, desmentida, forclusión, como tipos exclusivos de la neurosis, perversión y psicosis respectivamente). En estos casos no es necesario el A.T. porque el paciente está semi-integrado en lo social y tiene la posibilidad de hacer lazo social.

**Caso 2:** Aquí ya se puede hablar de trabajo en equipo, implica la participación de un médico psiquiatra y de un psicoanalista; el médico consigue una estabilización del paciente al sacarlo de un estado agudo, al estabilizar al paciente lo pone en condiciones de análisis; será entonces labor del analista el apuntar aún más allá de la estabilización aunque hay que pensar que en algunos casos es a lo más que se puede llegar, donde el paciente mejora su calidad de vida, funciona en su medio dentro de algo que se le podría llamar cronicidad normalizada; en este tipo de casos es importante el diálogo entre el médico y el analista ya que es muy común en México la dificultad de trabajar juntos, esto tal vez por las fallas y por la falta de formación en ambas disciplinas.

El psicoanalista desconoce los factores orgánicos en la psicosis y su formación de psicólogo está aún orientada por las corrientes anti-psiquiátricas; el psiquiatra, por su parte, desconoce la historia y la subjetividad en la producción de una psicosis. El médico se queja de los desastres que puede producir un psicoanalista con un paciente (queja muy válida ya que muchos analistas utilizan la técnica analítica de la neurosis, técnica de la cual el mismo Freud descalificó). El psicoanalista se queja que el medicamento vuelve sombío al paciente, quitándole la posibilidad de asociación libre, de transmisión de su delirio. Asimismo, aparecen efectos que los médicos denominan "síntomas negativos de la enfermedad", ahí se da una polémica en torno a si son síntomas negativos de la enfermedad o son

síntomas negativos de los efectos de la medicación. En este caso lo que es claro es que despierta desazón ver en el paciente un agujero, un cuerpo deshabitado, "una existencia negativa".

Así, se le puede echar la culpa a los medicamentos o tal vez se puede decir que ahí no hay sujeto, postulado estructuralista de la psicosis, propuesta polemizada actualmente por algunos psicoanalistas como Françoise Davoine que plantea la psicosis como un estado y no como una estructura. En este tipo de casos, el diálogo entre el médico y el analista es fundamental para debatir los alcances de la cura, con los cuales se ve más la presencia de lo forcluído que de lo reprimido. El paciente puede ser bastante funcional y solo ocasionalmente se puede recurrir al acompañante terapéutico, en estos casos el analista puede combinar un psicoanálisis tradicional con un "psicoanálisis al revés" que según Françoise Davoine se realiza cuando el inconsciente está a flor de piel.

**Caso 3:** Pacientes más graves, crónicos o agudos que vienen saliendo de una hospitalización. Partiendo de la singularidad del caso podrá proponerse la intervención "acompañante terapéutico", que viene a convertirse en un tercer elemento dentro del equipo tratante; su labor es temporal con el objetivo de ofrecer contención y colaborar en la reconstrucción del lazo social.

Buscando una definición sería una intervención analítica; metafóricamente sería una intervención quirúrgica, como cuando un cirujano cierra una herida, el nivel de desastre en el paciente es tal, que se refleja en la ausencia del lazo social. Es un recurso temporal tendiente a la recuperación y restauración del vínculo con los otros, sería una extensión del analista cualitativamente diferente y sus funciones serían: cuidar el cuerpo del paciente, contener, escuchar sin interpretar, crear lazos afectivos por lo cual existiría una relativa amistad, poner límites a la locura familiar y del paciente.

El A.T. acompaña al paciente pero también al analista en el camino de una cura, por supuesto el terapeuta también acompaña al A.T. y en ciertos momentos es su representante; como dice el A.T. J.M. Rodríguez el acompañante "es el embajador del psicoanalista". En este trabajo en equipo el psiquiatra no debe permanecer aislado.

En este trabajo en equipo se pueden señalar cosas que el otro miembro del equipo no escucha, poder hablar permite poder disolver las paranoias que aparecen temporalmente en los equipos y que en ciertos momentos se convierten en obstáculos que repercuten en el paciente. La locura llama a la locura y el equipo debe estar atento al no actuar la suya. Trabajo en equipo, no es exactamente división del trabajo, no es multidisciplinariedad, es a partir de las diferentes miradas que se recuperan los fragmentos, los significantes dispersos, para ir tejiendo una red de significantes.

**Caso 4:** Implica la hospitalización. Cuando los anteriores recursos no son suficientes y es necesaria una contención mayor que la que pueda ofrecer el acompañante de manera ambulatoria, la integridad física y moral del paciente está en riesgo junto con los que conviven con él.

Lejos de las ideas anti-psiquiatras, una hospitalización "hospitalaria" provoca en la mayoría de los casos una recuperación pronta. El acompañante puede comenzar su labor dentro del hospital pensando en el egreso del paciente y la importancia de la continuidad para evitar lo más posible recaídas; sabemos que al regreso al medio familiar conlleva en no pocas ocasiones a la reactivación de los conflictos. Surge también la alternativa de crear pisos protegidos (como en España y Francia). Aquí el acompañante tiene una responsabilidad mayor y es más intensa su labor.

En el desarrollo de estos abordajes, caben distintas interrogantes por ejemplo: ¿Es posible el trabajo de acompañante terapéutico sin ser una intervención analítica? ¿Es posible mantener una clínica del caso por caso en los hospitales públicos? ¿Es posible y conveniente mantener la clínica privada del caso por caso en los servicios públicos? ¿Si se habla de una intervención analítica, cuál sería la función del acompañante si fuera una intervención institucional? ¿Serían labores más cercanas a la del enfermero?

El A.T. tiene un conocimiento del caso por el contacto con el paciente y por el diálogo constante con el resto del equipo; es un proceso dialéctico donde se va construyendo en el equipo una red de significantes que permite la reconstrucción de la historia del sujeto, lo que predomina en el equipo es una escucha analítica.

En la experiencia española y la francesa se da el trabajo multidisciplinario, psiquiatras, psicólogos de distinta formación, incluyendo psicoanalistas, enfermeros, trabajadores sociales, donde quizás exista un mayor predominio de trabajo en enfermería. En general el analista trabaja desligado, no recurriendo al resto del grupo tratante para conducir su tratamiento.

El sistema de atención en crisis es muy efectivo, en la cual se realiza un seguimiento del caso buscando evitar recaídas. Bajo el enfoque psicoanalítico y en el trabajo de equipo lo central es la recuperación de significantes que le pueden otorgar al paciente posibilidades de simbolización y por consecuencia la posibilidad de cambiar un destino. En España y Francia los equipos terapéuticos también construyen redes principalmente dirigidas, creo yo, a la protección del paciente y a mejorarle su nivel de vida; la imagen sería la de un trapeartista tirando saltos mortales y abajo una amplia red que le ofrece amortiguar el golpe en caso de una recaída.

Desde mi punto de vista los dos sistemas necesitan complementarse; el psicoanalítico necesita un marco contenedor ya que a veces los pacientes dicen

lo que tienen que decir desbocadamente y con pasajes al acto, es necesario una red de protección para las caídas, para el enfoque europeo tal vez hace falta que el psicoanalista se incluya más en el trabajo de equipo, que el resto del equipo dialogue con el analista y que escuche la particularidad de cada paciente como propone Freud y Lacan para pensar en una clínica que vaya más allá de la estabilización.

## Bibliografía

- BENEDETTI, G. (1980). *La esquizofrenia en el espejo de la transferencia*. Córdoba, EDELP.
- FREUD, S. (1911). "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente" (Schreber). *Obras completas*, tomo XII. Buenos Aires, Amorrortu.
- DAYOINE, F. (1992). *La locura Wittgenstein*. México D.F., Epeelee.
- GARRABE, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Paris, Seghers.
- KURAS, S. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Buenos Aires, Trieb.
- ROSSI, P. (1994). *Acompañamiento terapéutico: aproximaciones a su conceptualización*. Buenos Aires, Bóveda.

## Resumos

*A abordagem clínica está determinada pela gravidade do paciente. Assim, temos pacientes com os quais pode se trabalhar com uma psicanálise tradicional; em outros casos é necessário contar com a colaboração de um médico psiquiatra e um psicanalista, que colocam o paciente em condições de análise mediante medicação. Em casos mais graves, inclui-se o acompanhamento terapêutico na tentativa de reconstituição do laço social quando o paciente se isola, uma vez que o meio ambiente se tornou demasiado hostil. O hospital será outro recurso que também permitirá ao paciente recuperar-se de uma situação grave, quando tanto a psicanálise quanto a medicação, em muitos casos, são insuficientes. Uma intervenção múltipla e uma discussão de caso por caso em um trabalho de equipe é a proposta terapêutica.*

*La gravité de l'état du patient détermine l'abordage clinique. Ainsi, certains patients peuvent être traités au moyen d'une psychanalyse traditionnelle; mais le psychanalyste doit compter sur la collaboration d'un psychiatre et d'une médication pour mettre certains patients en condition d'être analysés. D'autres cas plus graves exigent un accompagnement thérapeutique visant à reconstruire les liens sociaux, quand le patient s'est isolé d'un environnement devenu trop hostile. L'hôpital représente un autre moyen permettant au patient de se récupérer d'un état grave, quand, comme c'est souvent le cas, ni la psychanalyse ni les médicaments ne suffisent.*

*Une intervention multiple et une discussion cas à cas en un travail d'équipe constituent notre proposition thérapeutique.*

*The clinical approach is a function of the seriousness of a patient's condition. Some patients may respond to traditional psychoanalysis; others call for a cooperation between a psychoanalyst and a psychiatrist, so that, through medication, they can meet analysis conditions. More serious cases may demand a therapeutic follow-up, in an attempt to rebuild the social links of patients who isolated themselves after their environment became too hostile. Hospitals are another resource allowing patients to recover from serious conditions, in the many cases when both psychoanalysis and medication are not adequate. A multiple intervention and a case by case discussion in a team work compose our therapeutic proposal.*