



## AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 1 – Julio – Diciembre 1994

### ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO DE PACIENTES PSICÓTICOS

#### CONSIDERACIONES TEÓRICAS, IDEOLÓGICAS Y PRÁCTICAS

*Leonel Dozza* (1)

*El Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención cuyas finalidades son prevenir ingresos psiquiátricos innecesarios y contribuir a la reinserción del paciente psicótico en lo social. En este sentido, el Acompañante Terapéutico es un agente de salud mental que realiza su labor fuera de los contextos psiquiátricos y psicológicos institucionalizados (hospitales psiquiátricos, centros de día, consultas, etc.), o sea, en el contexto socio-comunitario (casa del paciente, calle, bares, medios de transporte público, etc.). Este nuevo espacio clínico, a su vez, genera una serie de cuestionamientos ideológicos, teóricos y prácticos en el campo de la salud mental. El objetivo central del presente artículo es discutir dichas cuestiones y formular algunas hipótesis teóricas sobre esta práctica clínica.*

#### I. INTRODUCCIÓN

Hablar sobre Acompañamiento Terapéutico en España implica una gran dificultad: en primer lugar, porque se trata de un tema bastante reciente, sobre el cual todavía no ha sido posible formular teorías. Un ejemplo concreto de esta carencia lo encontramos al verificar que hay solamente dos libros publicados sobre este tema: uno en Argentina (8), y otro en

---

<sup>1</sup> *Leonel Dozza es psicólogo. Madrid.*

El presente artículo es el texto base del seminario organizado sobre este tema por el Centro de Estudios Sociosanitarios en Zaragoza en 1992.

Brasil (6). Segundo, porque el Acompañamiento Terapéutico es desconocido para la gran mayoría de los profesionales de la Salud Mental en España.

Creemos que la formulación de teorías sobre el Acompañamiento Terapéutico sólo puede ser gestada a partir de su práctica y por lo tanto, habrá que esperar unos años más para que las experiencias en este campo vayan acumulándose y posibilitando una construcción teórica sobre la clínica del Acompañamiento Terapéutico.

Así, con la intención de plantear algunas hipótesis, sería interesante concentrar nuestra atención en el Acompañamiento Terapéutico de pacientes psicóticos; pues, teniendo en cuenta el hecho de que esta práctica nació y se desarrolló fundamentalmente en el contexto de la clínica de las psicosis, pareció coherente intentar introducir el tema abordándolo desde sus raíces históricas.

Hay que señalar, por otro lado, que ya se están realizando experiencias con pacientes drogadictos, alcohólicos, deficientes mentales, etc., quedando abierta la discusión respecto a su empleo en otras áreas del trabajo clínico, preventivo, comunitario, etc.

Tras haber planteado estas cuestiones introductorias, se podría intentar una primera definición parcial diciendo que el Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención realizada en el contexto comunitario. Es una técnica de intervención porque se considera que el Acompañamiento Terapéutico no es el tratamiento, sino más bien, un momento de él. Deriva, de lo planteado, que sólo podemos concebir el Acompañamiento Terapéutico en cuanto técnica de intervención inserta en un equipo multidisciplinario <sup>(2)</sup> (aunque el equipo sea sólo el psiquiatra y el Acompañante Terapéutico). Ya el término contexto comunitario se refiere a todo lo que está fuera de los contextos psiquiátricos y psicológicos institucionalizados (hospitales psiquiátricos, centros de día, consultas). Así, este primer intento de definición señala un aspecto crítico fundamental, que caracteriza la especificidad del Acompañamiento Terapéutico, pues esta práctica clínica se realiza en la calle, en casa del paciente, bares, discotecas, parques de atracciones, medios de transporte público, centros culturales, o sea: en lo comunitario.

## **II. ASPECTOS GENERALES DE LA CLINICA DE LAS PSICOSIS**

La práctica del Acompañamiento Terapéutico se basa, fundamentalmente, en las teorías e ideologías desarrolladas por las corrientes de orientación dinámica más recientes (psicoanálisis, antipsiquiatría, concepción operativa de grupo). Partiendo de estos supuestos teóricos e ideológicos, respecto a la clínica de las psicosis, verificamos que la especificidad del Acompañamiento Terapéutico se manifiesta en la práctica clínica y, sobre todo, en el espacio clínico utilizado: la comunidad <sup>(3)</sup>.

---

<sup>2</sup>Lo que no significa que el Acompañamiento Terapéutico tenga menor importancia y autonomía dentro del equipo. En este sentido, hablar de equipo multidisciplinario implica el reconocimiento de una relación de complementariedad, derivada de la asimetría de los diferentes roles desempeñados por sus profesionales.

<sup>3</sup> A raíz de esta nueva ubicación surge una serie de fenómenos en la relación terapéutica (encuadre, transferencia y contratransferencia, etc.), que también caracterizan la especificidad del Acompañamiento Terapéutico. En este sentido, surgen cuestiones tales como: ¿Cuales son los elementos del encuadre en

Por otro lado parece que el desarrollo de esta práctica, y la reflexión sobre su especificidad, viene posibilita importantes aportaciones (teóricas y prácticas) en el campo de la clínica de las psicosis en general. Por lo cual, consideramos terapeuta de pacientes psicóticos (aunque trabaje en hospitales psiquiátricos, ambulatorios, centros de día, etc.) debería *tener un tinte* de Acompañante Terapéutico. En este sentido, no se trata de mezclar roles, sino más bien de ampliar las posibilidades de intervención de los ya existentes.

Al estudiar la *historia de la locura* observamos que las concepciones sobre la misma siempre han estado en estrecha con la cultura -aspectos sociales, políticos, económicos, psicológicos, etc.- (6; 17-23). Cada concepción trajo consigo una de métodos, estrategias y técnicas para el tratamiento de las enfermedades mentales. Por ello, parece de fundamental importancia plantear la concepción de enfermedad mental que orienta nuestra práctica clínica en la actualidad, pues sólo de esta forma podremos ubicarnos históricamente hacer la historia que nos hace a nosotros.

En este sentido, el primer punto a discutir se refiere a la etología de las edades mentales:

“El enfermo es portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo inmediato, la familia. Pero es también por ello el símbolo y el depositario de los aspectos alienados de su estructura social, portavoz de su inseguridad y su clima de incertidumbre. Curarlo es adjudicarle un rol nuevo, el de agente de cambio y transformarnos nosotros también en elementos del cambio” (10; 185).

Así, la enfermedad mental no es un proceso exclusivamente individual y orgánico. Desde este punto de vista, se concibe que el enfermo mental es el portavoz de una estructura familiar y social enferma (o de los aspectos enfermos de esta estructura).

Ahora bien ¿Qué es lo que nos interesa sacar de estos breves comentarios?

Como se ha dicho antes, el Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención que se realiza fundamentalmente el contexto familiar y comunitario. El trabajo se realiza en este contexto porque se considera que el paciente psíquicamente enfermo no debe -en la medida de lo posible- ser ingresado en hospitales psiquiátricos, sino seguir inserto en su entorno sociocomunitario.

Con ello se plantea una aparente contradicción, pues ¿Por qué habríamos de querer mantener al paciente en el mismo contexto familiar y social que *gestó* su enfermedad mental?

Antes de buscar respuestas, demos una vuelta más a la cuestión problematizándola.

---

el Acompañamiento Terapéutico y como dichos elementos pueden, o deben, ser tratados?, ¿Se podría decir que estar en la comunidad promueve relaciones transferenciales y contratransferenciales que en son distintas de las observadas en los contextos institucionalizados (hospitales, consultas, etc.)? Además de estas cuestiones la relación Acompañante Terapéutico-paciente, ¿no se podría hablar, también, de una transferencia comunitaria”? Dichas cuestiones no se discutirán en este contexto, pero cabe subrayar que derivan de la ubicación de un agente de salud mental en un espacio clínico: la comunidad. En este sentido, se podría decir que esta nueva ubicación es el punto central que caracteriza la especificidad del Acompañamiento Terapéutico.

Un tema que está muy en boga en el contexto actual de las *reformas psiquiátricas* es el de la reinserción del enfermo mental en la sociedad. Esta expresión (que en la actualidad ya es casi una moda) suele estar acompañada por la idea de que el paciente, al enfermar, se desvincula del mundo externo, no estableciendo con éste ningún tipo de comunicación. Dicha concepción del enfermar psíquico es, por supuesto, una herencia de la psiquiatría clásica, donde a la hora de buscar una comprensión de las enfermedades mentales sólo se consideran los elementos (síntomas) captados por la observación directa.

Sin embargo, Pichón-Rivière advirtió que la enfermedad del individuo se encuentra en estrecha relación con su entorno familiar y social. Por lo tanto, el paciente enfermo no se desvincula del mundo, sino que establece con él un vínculo que le confiere el rol de enfermo mental. Considerando la cuestión desde este punto de vista, se concluye que no hace falta reinsertar al paciente psicótico en la familia y en la sociedad, pues siempre ha estado inserto en ellas –tan profundamente inserto que no puede moverse: sólo puede ser el loco de la familia y de la comunidad o el enfermo del hospital psiquiátrico (6; 101).

Con ello se plantea, desde otra perspectiva, la misma cuestión anteriormente referida: ¿Por qué habríamos de querer reinsertar al paciente en el mismo contexto familiar y social que *gestó* su enfermedad mental?

Antes de buscar respuestas, demos una vuelta más a la cuestión problematizándola.

Desde determinado punto de vista, se podría decir que la finalidad última en el tratamiento de pacientes psicóticos quizá sea la de que éstos logren el mayor nivel posible de autonomía, que les posibilite seguir buscando en el mundo aquello que solemos llamar *el sentido de la vida*. Así, contribuir a que el paciente pueda adaptarse a la realidad y a su entorno social es, sin duda, algo muy importante, pero también muy peligroso si no pensamos por qué caminos pretendemos llegar a ello.

La gran mayoría de los profesionales que trabaja desde una orientación dinámica está de acuerdo en que hay una diferencia estructural entre neurosis y psicosis (aunque un neurótico pueda experimentar ansiedades psicóticas y viceversa). Sin embargo, observamos que muchas propuestas de tratamiento para pacientes psicóticos plantean determinadas formas de intervención donde resulta que, explícita o implícitamente, la finalidad última es *neurotizar* al paciente psicótico (como si ser neurótico fuera sinónimo de cordura mental o felicidad).

Algunos terapeutas ocupacionales, sólo por citar un ejemplo, se enorgullecen de que un paciente hizo dos tapices en una semana, y se enojan con el que no hizo ninguno. En estos casos, la evaluación del tratamiento se basa en la producción. Sin embargo, sabemos que este *mito de la producción* está basado en intereses de carácter ideológico, político y económico; y es este mundo de la *producción neurótica* (donde el individuo tiene que alienarse afectivamente de su producción) el que rechaza y segrega la *producción psicótica*, porque ésta no sirve a los intereses del mundo de los *campeones* (<sup>4</sup>)

---

<sup>4</sup> Quizá dicha segregación de la producción psicótica sea uno de los principales factores que contribuyen a que una 'psicosis-modo de ser' se transforme en una "psicosis-enfermedad mental".

Así, en dichas propuestas de tratamiento se intenta adaptar al paciente a este mismo mundo, y por el mismo camino, que ha contribuido a su enfermar psíquico.

No hay que desear o exigir que un individuo psicótico piense, sienta y actúe como un individuo neurótico. Por lo cual, consideramos importante que el psicótico pueda adaptarse a la realidad y a su entorno social, pero el camino que conduce a ello es el de la operativización de su psicosis, y no, el de la *neurotización* (normalización) de la misma.

De esta forma, lo que se busca no es la reinserción del psicótico en la sociedad, sino más bien, una nueva inserción en este contexto, es decir: una inserción donde su producción sea reconocida y donde no tenga que asumir el rol de portavoz pasivo de los conflictos y tensiones de su grupo familiar y social. Por ello, se plantea la importancia de que el paciente pueda seguir viviendo en su entorno familiar y social, pues "es con el veneno con lo que se puede hacer el antídoto".

Así, si el Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención inserta en un equipo multidisciplinario, se podría decir que su especificidad se concreta en la propuesta de tratar la enfermedad en el contexto donde la misma fue *gestada*, pues es allí donde se encuentran, también muchas posibilidades de curación (<sup>5</sup>)

### III LA CLÍNICA DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Se ha dicho que el Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención que se realiza en el contexto familiar y comunitario, sin embargo, el espacio clínico privilegiado es el contexto comunitario. Por otro lado, también es cierto que al estar en casa del paciente, el Acompañante Terapéutico (AT) presencia situaciones familiares que refuerzan la enfermedad paciente identificado y, a la vez, de la familia. El AT no debe ignorar estas situaciones porque afectan directamente a su relación con el paciente y sus posibilidades de intervención en el contexto comunitario.

Es muy común, solo por citar un ejemplo, que la familia aproveche los momentos en que el paciente está ausente hablar con el AT sobre cosas que (el paciente) *no debe oír*: La familia lo hace pretexto de proteger al paciente, es decir: para que no oiga cosas que puedan afectarle negativamente. Sin embargo, se observa que este tipo de dinámica familiar tiene finalidad (en parte inconsciente) impedir que el paciente se haga *dueño de su propia historia*. Con ello, la familia refuerza la dependencia del paciente respecto a la misma, pues su mayor autonomía implicaría una reorganización de la estructura familiar (9; 70).

Desde este punto de vista, la labor del AT en la familia consiste en contribuir a la ruptura de conductas estereotipadas a través de la ampliación de los canales de comunicación intragrupal (lo que no significa que se convierta en el terapeuta de la familia). Sin embargo, debemos señalar que esto es sólo un medio para que el paciente pueda *despegarse* de esta estructura familiar y lograr un mayor nivel de autonomía. Desde el punto de vista concreto, este *despegarse* significa salir hacia lo comunitario.

---

<sup>5</sup> Según la filosofía oriental "el suelo que hace caer es el mismo que permite levantarse".

Por lo tanto, uno de los momentos fundamentales de la intervención del AT consiste en contribuir a la ruptura de estos *discursos de muerte* que muchas veces se manifiestan en la dinámica familiar, pero que generalmente el paciente trae interiorizados. Si en un primer momento ha sido posible *despliegue* de los discursos imposibilitadores, se plantea otra cuestión ¿Cuáles son los discursos posibilitadores?

Entramos, con ello, en el espacio clínicamente propiamente dicho: la comunidad. Como se ha dicho, la finalidad del Acompañamiento Terapéutico es contribuir a que el paciente logre el mayor nivel posible de autonomía y de ahí insertarse en lo social desde la organización y la operativización de su forma psicótica de ser (y no desde su *neurotización*) La cuestión es cómo hacerlo.

La influencia del psicoanálisis sobre la clínica del Acompañamiento Terapéutico contribuyó a que muchos Acompañantes Terapéuticos utilizaran elementos del encuadre y la técnica psicoanalítica provenientes del tratamiento de neuróticos. En estos casos, las sesiones de Acompañamiento Terapéutico se parecen, más bien, a sesiones de psicoanálisis realizadas en casa del paciente o en la comunidad.

El AT no es un *analista acompañante* y tampoco se trata de hacer un *análisis ambulante*. La esencia del Acompañamiento Terapéutico está en el acto de acompañar e intervenir desde su especificidad, y en ello estriba su carácter terapéutico. Por lo tanto, a pesar de estar teóricamente fundamentado psicoanálisis, el Acompañamiento Terapéutico se basa, desde nuestro punto de vista, en otros principios *técnicos*. Veamos algunos ejemplos:

Paola es una paciente con diagnóstico de esquizofrenia, 19 años (<sup>6</sup>), cuya madre se aísla por no poder contenerla, es decir: tiene una madre ausente. Esta ausencia de la madre, separada de su marido, hace que pierda cada vez más la noción de límites, pues no hay nadie que se los establezca. Así, entre otras cosas, empieza a romper las cosas de su casa. Ahora bien: nuestra hipótesis es que ella rompe las cosas justamente como una forma de pedir que alguien le establezca límites. La cuestión es: ¿qué hacer con esta hipótesis?

Una vez, caminando por la calle, Paola empezó a caminar cada vez más rápido. La acompañaba unos tres metros detrás. Por no prestar atención al cruzar una calle, un coche casi la atropella. Empezó a correr y yo a su lado. En determinado momento se adelantó y dio un puñetazo en el cristal de un coche. Le agarré por la cazadora (con fuerza) y dije: "ya basta". Ella intentó escaparse, pero no la dejé; se puso más tranquila y seguimos caminando. Luego, lloró convulsivamente, pero después se quedó muy tranquila. En su casa, se puso a enseñarme fotos suyas y también las pinturas que hacía. Percibo, entonces, que nuestra relación cambia radicalmente para mejor.

Es importante subrayar que todos los intentos de interpretación verbal habían sido inútiles con esta paciente, pues no necesitaba palabras, sino algo concreto que contuviera su angustia y le hiciera percibir que hay límites. Este *algo concreto* puede ser el propio cuerpo del AT. Así, este gesto de sujetar a la paciente contiene la interpretación de la hipótesis anteriormente planteada, es decir: si Paola rompe las cosas para pedir límites, el AT le

---

<sup>6</sup> Acompañamiento Terapéutico realizado en Madrid.

impone el límite. A este tipo de intervención se le suele llamar acción interpretativa. En este caso, el instrumento utilizado en la acción interpretativa es el cuerpo.

Si lo hacemos así es porque sabemos, desde la teoría y la práctica clínica, que el individuo psicótico no tiene acceso al mundo simbólico o, si se prefiere, su mundo simbólico está impregnado de concreción. Por ello, creemos que las palabras muchas veces son (aunque no siempre) un elemento secundario en el trabajo con psicóticos.

No se trata de negar su importancia, pero quizá se podría decir que la palabra es más importante para el equipo terapéutico (los neuróticos de la historia) que para los pacientes psicóticos (<sup>7</sup>).

Sin embargo, la acción interpretativa no tiene que ser siempre una intervención corporal. Veamos otro ejemplo:

Se trata de la misma paciente del ejemplo anterior. La escena se da en el zoológico (Madrid), donde Paola sólo se detiene para ver a los animales cuando yo se lo propongo. Se lo señalo y ella me dice: *"es que tú estás disfrutando"*. Dice que no puede disfrutar porque siempre que lo hace ocurren cosas terribles, y que no disfruta porque no encuentra posibilidades para hacerlo y porque las personas (sobre todo su madre) no le dejan. Según ella, nadie disfruta; ni siquiera yo. Entonces, le digo que yo sí me lo estaba pasando bien con aquel paseo. Cerca de nosotros un grupo de jóvenes daba comida a los animales y jugaba con ellos. Propuse que nos acercáramos: las personas se divertían mucho y hacían chistes. Le señalo, entonces, que aquellas personas estaban disfrutando aquel momento. Seguimos caminando y ella me dice que es muy peligroso disfrutar. Me enseña un pato y dice: *"mira este pato: parece inofensivo, pero si te acercas a él sale un monstruo"*. Le dije que no me lo creía, pero ella insiste en defender su teoría. Le propuse que nos acercáramos para ver que pasaba. Ella vaciló, pero vino. Nos acercamos, y ella dijo que el pato era bonito. A raíz de esto, empezamos a hablar de los monstruos; pero no de los que salen de dentro de los patos, sino de los monstruos que ella llevaba dentro y que no le permitían disfrutar. Cuando salíamos del zoológico propuso que comprásemos la foto que nos habían sacado al entrar. Miró la foto y dijo: *"quédate con ella, tú has disfrutado"*. Al llegar a su casa le devolví la foto y dije: *"toma; la foto es tuya y tú la has pagado, y además es una prueba de que hemos allí y de que tu también has disfrutado, aunque tengas miedo de reconocerlo"*. Ella cogió la foto y la miro mucho rato; después, la puso en su "panel de recuerdos".

Así, la acción interpretativa contribuye a que el paciente reconozca, dentro de sus posibilidades, la diferenciación entre mundo interno y mundo externo, es decir: Paola pudo darse cuenta, hasta cierto punto, de que a pesar de sentir de que no había disfrutado, la

---

<sup>7</sup> Quizá sea más interesante abordar esta Cuestión, no por lo que la palabra es, sino por el uso que de ella se hace. La estructura implica una relación con la palabra que es estructuralmente distinta de la neurótica (11; 59-71). Es fundamental, en este sentido que el Acompañante Terapéutico pueda ampliar y desarrollar canales alternativos de expresión verbal y corporal que posibiliten una comunicación más "verdadera" con el paciente. Desde este punto de vista, un grito, una broma, una conversación en chino (aunque ninguno de los dos sepa hablar chino), un juego de mímica, etc. también pueden funcionar como acciones interpretativas. Sin embargo, la cuestión de la palabra clínica de las psicosis todavía es muy controvertida. En este sentido, las recientes aportaciones de la epistemología y del psicoanálisis parecen ser instrumentos fundamentales para esta discusión.

posibilidad de hacerlo existía, pues los jóvenes que jugaban con los animales disfrutaban y pudo *darse cuenta, también* de que los monstruos que, según ella, salían de los patos eran, más bien, sus propios monstruos <sup>(8)</sup>.

En este caso, el instrumento utilizado en la acción interpretativa es el otro <sup>(9)</sup>, el mundo externo.

Se podría decir, desde lo planteado, que los dos instrumentos fundamentales en la acción interpretativa son el cuerpo y el mundo externo.

Se ha dicho anteriormente que uno de los objetivos del Acompañamiento Terapéutico es contribuir a que el paciente logre una nueva inserción en su contexto familiar y social. Se considera que la inserción del enfermo mental en dichos contextos se da por la indiferenciación (simbiosis). Así, no es por casualidad que la cuestión de los límites (cuerpo) y de la diferenciación (el otro y el mundo externo) aparezcan como los dos puntos fundamentales de la acción interpretativa; pues el reconocimiento del propio cuerpo es el primer elemento de delimitación de la personalidad (en cuanto individuo diferenciado) que posibilita el reconocimiento del otro.

Por lo tanto, la acción interpretativa es una de las formas de intervención que instrumentaliza la propuesta de buscar una nueva inserción del paciente psicótico. La finalidad de dicha intervención es contribuir a la ruptura de las *relaciones* simbióticas estereotipadas a través de la promoción de la noción de límites y de *otro*.

Sin embargo, la acción interpretativa no es el único recurso del que se dispone en el Acompañamiento Terapéutico. Hay momentos en que, en la relación paciente Acompañante Terapéutico, se crea un ambiente de total incertidumbre e indefinición: el paciente no sabe lo que quiere hacer, dónde ir; no quiere hablar y muchas veces rechaza al Acompañante Terapéutico. En estos casos, observamos que se trata de momentos de mucha ansiedad y confusión que paralizan al paciente. A su vez, estas situaciones generan también muchas ansiedades y confusión en el Acompañante Terapéutico, haciendo que se sienta impotente. En estos casos es muy corriente que el Acompañante Terapéutico intente hacer algo para huir de la situación, pues su teoría y técnica no son suficientes, y lo que cuenta más es la capacidad de soportar sus propias ansiedades y confusiones para que pueda contener las del paciente.

En este contexto, el Acompañante Terapéutico suele sentir la necesidad de *trabajar*, es decir: tiene que estar haciendo algo durante todo el tiempo del Acompañamiento Terapéutico. Esta necesidad deriva, entre otras cosas, de ciertas ideologías en las que se considera que sólo la acción (en sentido concreto) es productiva.

---

<sup>(8)</sup> Este "darse cuenta" no significa que la paciente haya logrado una elaboración a nivel simbólico. Es muy difícil delimitar y definir lo que pasa en el mundo intrapsíquico del paciente; sin embargo, muchas veces se observa que la acción interpretativa promueve cambios en su estado afectivo y en su dinámica, lo que nos autoriza afirmar que en algún nivel hubo cierto tipo de elaboración, aunque no sepamos definir y delimitar su dimensión y su naturaleza.

<sup>(9)</sup> En la acción interpretativa se hace uso del otro en sentido concreto para promover la noción de otro en sentido epistemológico y afectivo.



Desde lo planteado, entendemos que acompañar significa estar junto a, estar con; y muchas veces estar junto significa *no hacer nada* o, en otros términos, acompañar el vacío, el silencio y la angustia del paciente.

Veamos otro ejemplo para aclarar este punto: Se trata de la misma paciente de los ejemplos anteriores. Paola se caracterizaba por su silencio y su negativa a comunicarse con las personas. Así, el equipo terapéutico (incluyéndome a mí) se empeñaba en hacer que ella hablase. Sobre todo la terapeuta y yo sentíamos mucha angustia en la relación con Paola. En determinado momento me di cuenta de que esta angustia se hacía casi insoportable y decidí abandonar el intento de hacerla hablar, es decir: decidí acompañarla en su silencio. El resultado fue casi inmediato: seguía hablando poco, pero lo que hablaba era mucho más comprensible: como si hubiese podido entrar en su propio cuerpo para, desde dentro, hablar de sus angustias y miedos. Por otro lado, el haber podido acompañarla en su silencio hizo que mis palabras pasasen a tener una mayor significación e importancia para ella, lo que no había ocurrido hasta entonces.

Así, hemos cambiado radicalmente la propuesta de tratamiento, pues si en un primer momento el objetivo era hacer que Paola hablase, ahora, desde esta nueva perspectiva, el objetivo pasó a ser callarnos y soportar la angustia que este silencio provocaba. Paola siempre me decía: "*tú hablas demasiado*". Por desgracia solemos interpretar todo lo que dicen los pacientes y no considerarlo como verdades en sí. En este caso, lo que decía era cierto, y no hay nada que interpretar, pues la *interpretación* se la hizo ella.

Desde esta perspectiva, acompañar implica una condición de pasividad en la que el Acompañante Terapéutico se presenta al paciente como un receptáculo capaz de recibir y contener sus ansiedades. Se ha observado, desde la práctica clínica, que cuando un paciente psicótico se siente contenido es capaz de lograr niveles de organización y autonomía que parecía no poseer. En este sentido, la promoción de una nueva inserción del paciente en la comunidad y en la familia se da, desde el punto de vista terapéutico, a través del logro del mayor nivel posible de autonomía. Esta cuestión es importante, pues muchas veces el Acompañante Terapéutico asume una postura paternalista por creer que el paciente no posee recursos para insertarse en lo social. Una paciente decía: "*dicen que estoy muy enferma, pero me encuentro en perfectas condiciones humanas*". Un paciente psicótico no es un deficiente mental y tampoco un minusválido (11; 28); su dificultad para utilizar los recursos que posee se debe, más bien, a la intensificación de sus ansiedades y a la desorganización de su mundo afectivo. Por lo tanto, no se trata tanto de *entrenar* a los pacientes en *habilidades sociales*, sino de contenerlos. Se podría decir que la contención promueve la autonomía, y ésta, abre posibilidades de nuevas inserciones. Ahora, para que sea continente, el Acompañante Terapéutico tiene que poder *acompañar pasivamente* al paciente.

Es importante subrayar en lo planteado, que la postura pasiva del Acompañante Terapéutico no significa que no se esté interviniendo, pues en estos momentos la intervención consiste en simplemente acompañar, es decir: estar junto a. Así, si en un

primer momento se ha dicho que la acción interpretativa es una forma de intervención, se podría decir que su opuesto complementario es la *pasividad activa*.

He elegido este término porque podemos integrar los dos aspectos componen esta otra forma de intervención, es decir la pasividad del Acompañante Terapéutico es la intervención propiamente dicha. Esta intervención (pasiva), a su vez ejerce una *acción* que consiste en consolidar los vínculos afectivos establecidos entre Acompañante y paciente. La consolidación de estos vínculos es de fundamental importancia, pues sobre ellos el Acompañante Terapéutico podrá establecer una relación de confianza en la que el paciente sienta que puede depositar sus ansiedades. Se podría decir que las posibilidades de realización, y el carácter terapéutico, de la interpretativa dependen en gran medida de la consolidación de estos vínculos a de la pasividad activa.

Por lo tanto, la pasividad activa consiste en acompañar al paciente en sus necesidades, angustias y miedos, pero también en los momentos placenteros, como pasar una tarde viendo la tele, tumbarse en el césped de un parque, oír música, etc. Es interesante observar que suele ser en este momento de la intervención (a pesar de su aparente modalidad) cuando los Acompañantes Terapéuticos encuentran mayores dificultades y resistencias personales: primero, porque la pasividad activa promueve una mayor proximidad afectiva entre Acompañante Terapéutico y paciente, intensificando las ansiedades de aquel; segundo porque este tipo de intervención suele generar sentimientos de culpa en el Acompañante Terapéutico, pues tiene la sensación de que no está trabajando. Por ello, es de mental importancia que el Acompañante Terapéutico cuestione sus referencias ideológicas y reconozca (como lo hace la filosofía oriental) que "la pasividad también es productiva".

Veamos otro ejemplo: Se trata de Jorge, un paciente esquizofrénico de 33 años <sup>(10)</sup> Una vez llegué a su casa y, como siempre, estaba en la cama. Intenté convencerlo para que se levantara y saliéramos, pero él se negó. Me di cuenta, entonces, de que hacía frío y el día estaba lluvioso: "es un buen día para estar en la cama", pensé para mí mismo. A su lado había un periódico: con una mitad del periódico empecé a cubrir todo su cuerpo y a cada hoja que sacaba iba leyendo algunas noticias e inventando una relación entre éstas y la parte de su cuerpo que la hoja iba a cubrir. Jorge me miraba con una cara de "me gusta eso". Con la otra mitad del periódico forré la moqueta de su habitación. Como él tenía dos almohadas, le pedí una, y allí me acosté: ahora, me mira con una cara de "¿qué pasa aquí?". Pasados unos diez minutos Jorge dijo: "¿quieres tomar un café?", y yo conteste: "si tu lo traes, sí", si Entonces, el se levanto y trajo dos vasos con café. Así empezamos una conversación, a partir de la cual surgió la propuesta de salir de paseo por el centro de la ciudad.

En esta anécdota hay una mezcla de acción interpretativa y pasividad activa: la acción interpretativa consistió en cubrir el paciente con el periódico y relacionar las noticias con las partes de su cuerpo, es decir: las noticias hablan de un mundo externo que está fuera de su cuerpo a la vez que se encuentra en relación a él (mecanismos de proyección e

---

<sup>(10)</sup> Acompañamiento Terapéutico realizado en São Paulo, Brasil.

introyección). La pasividad consistió en tumbarme y acompañar al paciente en su angustia de no poder reconocer su propio cuerpo para así poder salir al mundo.

Nuestra moral neurótica muchas veces impide que hagamos intervenciones que son de fundamental importancia en el tratamiento de pacientes psicóticos. Estos impedimentos parecen derivar, sobre todo, del sentimiento de culpa. Un ejemplo es la culpa que el AT (o terapeuta) experimenta cuando tiene la sensación de que no está trabajando, pues está en el momento de la intervención que aquí denominamos *pasividad activa*. Otro ejemplo muy corriente sucede cuando tenemos que hacer intervenciones que, según nuestra moral (neurótica), invaden la voluntad del paciente.

Una vez, Mario, un paciente esquizofrénico, 24 años (<sup>11</sup>), me dijo que saliera de su habitación y me fuera de su casa. Él llevaba mucho tiempo negándose a salir de casa durante las sesiones de Acompañamiento Terapéutico, porque allí encontraba más recursos para controlar las situaciones y a mí mismo. Dije, entonces, que no me iría, y él se puso muy nervioso, diciendo que yo no tenía derecho a hacer aquello, pues estábamos en su casa y él ordenaba que me fuera. Dije que me daba igual que aquella fuera su casa, pues yo no le estaba haciendo una visita, sino su tratamiento. Él se puso más nervioso y empezó a gritar - recurriendo a los padres- para que me echasen de allí. El padre dijo que solucionásemos la cuestión entre los dos. Con ello la tensión del ambiente subió y Mario dijo que si no salía por las buenas tendría que usar la fuerza. Como él no era demasiado fuerte acepté el desafío: él vino contra mí y nos enzarzamos en una *pelea* en la que el resultado fue que él consiguió sacarme de la habitación (tenía más fuerza de lo que yo suponía), pero a partir de ahí no logró mejores resultados. Paramos; los dos agotados. Él dijo: "*eres muy persistente, ¿verdad?*"; con lo que contesté: "*es cierto; y sólo saldré de tú casa si sales conmigo*". Entonces, Mario me invitó a tomar una cerveza en la cocina; brindamos por nuestra *pelea* y salimos de paseo. A partir de este día las sesiones de Acompañamiento Terapéutico pasaron a ser mucho más productivas y casi siempre salíamos.

Ahora bien: ¿Con que derecho y por qué nos permitimos invadir la casa y la voluntad del paciente? Es cierto que es importante saber evaluar cada situación; sin embargo, cuando trabajamos con un paciente psicótico partimos del supuesto de que su *discurso de muerte y su caminar hacia la muerte* no es una opción suya, sino más bien una condición de su enfermedad. Por lo tanto, cuando este *no querer salir* de su casa, para controlar las posibilidades de tratamiento, es una manifestación de su *caminar hacia la muerte*, tenemos que permitirnos invadir esta pseudo-voluntad del paciente para que el mismo pueda despegarse de su *discurso de muerte*. A esta invasión que nos permitimos hacer se denominó *violencia necesaria*.

Así, si en la pasividad activa, el Acompañante Terapéutico *entra en sintonía* con los movimientos y la dinámica del paciente, la violencia necesaria consiste en aquellos momentos en que interviene activamente con el objetivo de romper determinados comportamientos estereotipados que caracterizan a la enfermedad. Sin embargo, solemos

---

(<sup>11</sup>) Acompañamiento Terapéutico realizado en São Paulo, Brasil.

observar que en uno y otro polo de la intervención nos encontramos con sentimientos de culpa: bien porque tenemos la sensación de no estar trabajando (pasividad activa), bien porque creemos que no tenemos derecho a invadir la (pseudo) voluntad del paciente (violencia necesaria).

Desde las consideraciones teóricas y los ejemplos hasta ahora comentados, resulta fácil concluir que el Acompañamiento Terapéutico genera muchas ansiedades en el Acompañante. Se podría justificar este hecho fundamentalmente por dos razones: primera, porque el trabajo con psicóticos suele despertar muchas ansiedades, pues el contacto con estos pacientes reactiva e intensifica nuestros propios núcleos y ansiedades psicóticas; segunda –y principal- porque al intervenir en el contexto familiar y comunitario, el Acompañante Terapéutico se encuentra sin la protección del *setting* psiquiátrico. Además, estar con estos pacientes en sus casas, calles, bares, etc., implica siempre una gran responsabilidad y, consecuentemente, un alto grado de ansiedad.

En este sentido, es muy corriente que los Acompañantes Terapéuticos realicen este trabajo durante sólo dos o tres años (y muchas veces durante dos o tres meses), pues no lo toleran el nivel de ansiedad implicado en el mismo. Por ello, se fue percibiendo que hay algunos requisitos fundamentales para que dicho trabajo sea más soportable, y sus resultados, más satisfactorios. Estos requisitos son:

1) El AT debe tener un grupo de referencia donde pueda depositar sus propias ansiedades psicóticas y, además, adquirir y producir conocimientos teóricos y técnicos sobre sus pacientes y la práctica del Acompañamiento Terapéutico. El grupo de referencia es de fundamental importancia para que el AT pueda distanciarse de la intensidad afectiva que el trabajo genera y poder pensar sobre el mismo. Este distanciamiento y el intercambio de experiencias con otros Acompañantes Terapéuticos posibilitan una mayor objetivación de los aspectos afectivos, teóricos y técnicos implicados en la práctica clínica.

2) Tener un espacio de supervisión (preferentemente grupal). La supervisión es el espacio en que se realiza un análisis de las ansiedades del AT y su relación con el trabajo. Dicho análisis se hace a través del estudio y elaboración de los aspectos transferenciales y contratransferenciales. Elegimos el dispositivo grupal porque posibilita un mayor intercambio de ideas y experiencias, sí como una mayor capacidad de contención de las ansiedades que emergen en el trabajo.

3) Hacer análisis personal. La teoría y práctica nos enseñan que la dinámica y conflictos psíquicos del AT influyen directamente en la práctica clínica. Por otro lado, es frecuente que el contacto con pacientes psicóticos intensifique las ansiedades psicóticas del AT, lo que perjudica el desarrollo del trabajo cuando el mismo no tiene un espacio (además de la supervisión) donde pueda depositar y elaborar estas ansiedades.

4) Tener algún conocimiento sobre instituciones. El análisis institucional es fundamental para que el AT pueda identificar las ideologías subyacentes a su labor clínica. Hay que recordar, además, que el Acompañamiento Terapéutico se da en la comunidad, y por eso está implicado en las instituciones y organizaciones (y sus respectivas ideologías) ubicadas en este contexto. Éste es un aspecto fundamental del trabajo, pues muchas veces

el AT no hace más que reproducir, en el contexto comunitario, las ideologías psiquiatrizantes instituidas en el hospital psiquiátrico y en la sociedad.

Cuando uno -o algunos-- de estos requisitos falta, se intensifican todavía más las ansiedades del AT. En estos casos suelen pasar fundamentalmente, dos cosas: 1) se intensifica la necesidad de *trabajar*, haciendo que el AT establezca una relación demasiado técnica (formal) con el paciente. Si, por un lado, esta postura *tecnocrática* contribuye, hasta cierto punto, a la disminución de las ansiedades del AT, el mismo establecerá, por otro lado, una relación no terapéutica con el paciente. Así, muchas cosas pasarán a nivel manifiesto para que nada pase en el latente; 2) cuando esta tecnocrática también falla, el AT suele renunciar al trabajo (casi siempre bajo un pretexto racionalmente justificado que encubre el verdadero motivo de su renuncia).

Otro elemento de fundamental importancia para la contención de las ansiedades del AT es su pertenencia a un equipo multidisciplinario. Por otro lado, esta inserción en el equipo permite que sus miembros estén informados de la conducta del paciente en su contexto familiar y social, pues el AT suele ser el único miembro del equipo que participa de su vida en estos contextos.

Resumiendo: el Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención –inserta en un equipo multidisciplinario- que se realiza en el contexto familiar y comunitario. Desde el punto de vista aquí planteado, los recursos técnicos utilizados en la creación de dicha intervención son la acción interpretativa y la pasividad activa, cuya finalidad es romper las relaciones simbióticas estereotipadas y contribuir a que el paciente logre el mayor nivel posible de autonomía para, desde ahí, buscar una nueva inserción en el contexto familiar y social (previniendo, así, ingresos psiquiátricos innecesarios).

La cuestión del tiempo es muy variable. Encontramos desde acompañamientos una vez a la semana, hasta acompañamientos diarios, durante tres horas (que suele ser el tiempo medio de las sesiones). Todavía hay Acompañantes Terapéuticos que viven con el paciente o le acompañan durante muchas más horas. Sin embargo, el reconocimiento de las ansiedades que el trabajo provoca, y el creciente desarrollo teórico y técnico del mismo, están contribuyendo a que estos casos sean cada vez menos corrientes en la actualidad (aunque en algunos momentos de crisis se pueda hacer; pero, en estos casos, lo mejor es organizar un equipo de Acompañantes Terapéuticos).

Cuando planteamos el tema del Acompañamiento Terapéutico a nivel teórico es muy difícil transmitir las dificultades y ansiedades implicadas en este tipo de intervención. Hay que subrayar, por lo tanto, que es muy difícil lograr en la práctica lo que aquí se planteó desde una perspectiva teórica. En muchos momentos cometemos *errores* y no logramos los objetivos, pues las dificultades internas (del Acompañante Terapéutico) y externas (resistencias del paciente y de la familia, prejuicios sociales respecto a las enfermedades mentales, etc.) son muchas. Sin embargo, los resultados obtenidos con el Acompañamiento Terapéutico hacen pensar que vale la pena seguir invirtiendo esfuerzos en el sentido de desarrollar y perfeccionar cada vez más esta técnica de intervención. En este sentido, si las dificultades, resistencias y ansiedades se manifiestan es porque se ha logrado denunciar un

punto fundamental respecto al tratamiento de las psicosis, que consiste en la segregación de estos pacientes de su entorno social. El AT, al estar en la comunidad con el paciente, concreta esta denuncia ideológica y aporta instrumentos prácticos a la misma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BLEGER, J. *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós. Buenos Aires, 1966
2. BLEGER, J. *Temas de psicología*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1979.
3. BOYERS, R. y ORRIL, R. (comp.) *Laing y la antipsiquiatría*. Alianza. Madrid, 1978.
4. COOPER, D. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Paidós. Buenos Aires, 1974.
5. BASAGLIA, F. *La institución negada*. Barral. Barcelona, 1970.
6. EQUIPE De ACOMPANHANTES TERAPÉUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (comp) *A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico*. Escuta, São Paulo, 1991.
7. LAING, R. D. *El cuestionamiento de la familia*. Paidós. Buenos Aires, 1976.
8. MAUER, S. K. DE y RESNIZKY, S. *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Trieb, Buenos Aires, 1985.
9. PICHÓN-RIVIERE, E. *Teoría del vínculo*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1979.
10. PICHÓN-RIVIÉRE, E. *El proceso grupal*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1985 .
11. WAELEHNS, A. DE. *La psicosis. Ensayos de interpretación analítica y existencial*. Morata. Madrid, 1985.

