Apelo, finalmente, a la noción de *espacio transicional*, de D. Winnicott, que fue trabajada en algunos textos sobre AT[22], y que es de sumo interés para ubicar con otras palabras este recorrido acerca del lugar fundamental de su trabajo en esa dialéctica entre lo interno y lo externo. Por un lado, ahí se encuentran aspectos de su función de *sostén* para la salida, y en otra perspectiva su significación para materializar algún *corte* con el interior, partiendo del espacio íntimo.

El mas allá del consultorio

Amplío el punto anterior con otro de los temas que hace a las implicancias del lugar del AT y la valoración de sus responsabilidades para aquel que lo indica. La cuestión es: "cuánto intervenimos desde un tratamiento", cuál es nuestra injerencia con este "otro" que conocerá la *topografía* hogareña de un paciente, en el *minuto a minuto*, ya no en la intimidad que conocemos por el relato que hace el propio sujeto de la misma, sino estando presentes en el transcurrir de su vida personal y familiar cotidiana, de la organización de sus lugares en la casa, de sus horarios, de sus actividades diarias dentro y fuera del hogar.

Compartiendo entonces otras lecturas, voy a referirme a un psicoanalista clásico para la escuela americana, Franz Alexander[23], quien tiene fuertes debates respecto de la "injerencia del analista en los problemas prácticos de un paciente, sobre la realidad cotidiana".

Resulta interesante en dos sentidos: primero, porque trae cuestiones que frecuentemente conversamos en la formación y en la práctica del at, como es lo relativo a su *intromisión* en la vida cotidiana de un paciente, hasta qué punto "guiarlo", qué se puede cambiar de esa especie de "ecología" en la que cada uno está inmerso, qué es lo ético allí. Segundo, en tanto trae un cuestionamiento hacia la estandarización de las reglas de la abstinencia freudiana y las consecuencias que sacaron autores pos-freudianos al respecto. Restará decir en qué aspecto *no* suena nada interesante.

Impulsado por la búsqueda de *efectos terapéuticos* para el psicoanálisis, Alexander dará forma a la "experiencia emocional correctiva" como necesaria en el proceso de la cura.

Habla también de las "experiencias extraterapéuticas", diciendo que hay una "parte de la terapia que puede tener lugar fuera de las sesiones", y que esta será "mayor cuanto menos severo sea el caso". En algunos tratamientos, "una entrevista semanal o quincenal puede ejercer influencia suficiente sobre la vida cotidiana del paciente como para asegurar su progreso. En el otro extremo se halla el paciente que debe ser hospitalizado y mantenido bajo supervisión constante". "Es importante tener en cuenta que el paciente tendrá que resolver sus problemas en la vida real, en sus relaciones con su mujer y sus hijos, con sus superiores y competidores, con sus amigos y enemigos". Dirá luego, aumentando su apuesta, que "una parte integrante del tratamiento consiste en observar e influir sistemáticamente sobre las experiencias del paciente en la vida."

En especial encuentra esta problemática en el tratamiento de las neurosis, aunque tienen su pertinencia también en las psicosis, con sus particularidades.

Sigo con otra cita: "Se ha hecho excesivo hincapié sobre la actitud según la cual un *verdadero psicoanalista* no debe tratar de guiar al paciente en su vida cotidiana y debe alentar o desalentar sus actividades lo menos posible. Se creía antes (y aún se sigue creyendo a veces) que durante el tratamiento el paciente no necesita en realidad hacer mucho acerca de sus problemas prácticos, y que en todo caso influir sobre sus actividades cotidianas no es cuestión que competa al analista".

Este supuesto, afirma Alexander, *prolongó indebidamente mas de un tratamiento*. De la adhesión a la regla "ningún cambio importante, irreversible, durante el tratamiento, puede resultar un serio retardo del progreso terapéutico"[24].

En esa línea aparece también la referencia freudiana que hace Alexander: "El mismo Freud llegó a la conclusión de que en el tratamiento de algunos casos, las fobias por ejemplo, llega un momento en que el analista debe alentar al paciente a empeñarse en esas actividades que evitó en el pasado."[25]

Destaco su intento por replantear cuestiones que quedaban de manera cristalizada y servían como receta generalizable a todos los casos, así como su apuesta a incluir al psicoanálisis en el conjunto de las prácticas que tienen *consecuencias terapéuticas*.

No obstante, cabe interrogarse respecto de lo *indebido* o no que resultaría la prolongación de un tratamiento, o en otras palabras: cómo medirlo, si no es a través de un *modelo* aplicable desde algún ideal social, institucional o personal.

El problema de formulaciones como las de Alexander es cuando se vuelven "reglas" a repetir, promoviendo una intervención estandarizada sin tomar en cuenta la singularidad del caso y la posición transferencial del analista.

La diferencia que señalo está en el terreno de la política de la cura implicada ante estos temas, es decir, hay algo de las problemáticas indicadas que puede ser tomado en cuenta, en el sentido de la táctica, como por ejemplo ciertas intervenciones para sostener un tratamiento. Es necesario entonces sentar un desacuerdo respecto de la *política* que esa táctica tiene –ahí ponemos un tope a nuestro interés–, y así remarco la divergencia antes mencionada, en cuanto a la ética en juego: no se trata de *manejar* al paciente desde un *modelo de salud* que nosotros sostendríamos, debido a que ese *modelo* aplastará el deseo singular de cada uno.

La pregunta es, entonces, ¿cómo puede influir este enfoque para el trabajo del AT?.

Beatriz Dorfman Lerner, (basándose en French y Alexander) afirma, por ejemplo, que el at puede "suministrar, en complementación con la provista por el terapeuta, una *experiencia correctora*"[26].

Durante mucho tiempo se habló del at como aquel que se brinda como "modelo de identificación", lo cual iba en esta línea, aunque es una idea que ha caído desuso salvo en escasas escuelas de la psiquiatría que apelan a un tono pedagógico. Sus derivaciones negativas incluso resultaban contraproducentes para el lugar preasignado al at ya desde su misma capacitación.

Además de las consecuencias que tiene para la práctica del at, es relevante debatir esta problemática que se plantea Alexander, ya que de diversas maneras toca nuestra clínica de manera frecuente y es tema de reformulaciones desde siempre para la intervención psicoanalítica, más o menos explícitamente, y para las psicoterapias –tengan o no alguna influencia del psicoanálisis, incluidas las denominadas "breves"–.

Esto lleva a numerosas preguntas, a situaciones paradojales, entre otras, ¿qué hacer con aquellas cuestiones de la realidad cotidiana de un paciente que tienen aristas preocupantes?; ¿es pertinente para el analista alguna intervención ante esos "problemas prácticos" que un paciente con padecimientos severos no puede resolver? Por ejemplo, aquel que no come desde hace días, o que come mal desde hace semanas o meses, en el marco de una fuerte crisis de angustia, y que no

cuenta con lazos familiares o de amistad. Como el caso de Sonia, que a partir de una sintomatología agorafóbica había ido perdiendo (con el paso de los años) capacidades básicas para la organización diaria: no podía cambiar las bombitas de luz que no funcionaban desde hacía meses, ni llamar a un plomero ante un desperfecto en la cocina, ni mucho menos organizarse con las compras de la casa. ¿Es pertinente que el analista intervenga? Pero además: ¿cómo? Llamando a personas de referencia, si las hay y si es que responden. ¿Y si no? ¿Llamará él al plomero o al electricista? ¿Comprará los repuestos o insumos que sean necesarios? Como ven, si seguimos puede llevarnos a hipótesis hasta ridículas, cuando no tragicómicas, aunque no estén tan alejadas de la "realidad". Una realidad que implica también la posibilidad de sostener un tratamiento.

Pensemos, no obstante, que para el analista hay un margen donde su intervención "directa"/directiva resulta en ocasiones "*ajena*", *externa*" a la cura que conduce, en tanto se lo considere desde su posición transferencial, ya que puede llevarlo a maniobras inconvenientes. Allí es donde entra en juego el AT.

Como contrapartida, por otra parte, cierta "secuencia" hipotética a la que pueden llevar estas escenas hizo que el terapeuta se desentienda a veces de situaciones que luego atentan contra la continuidad del tratamiento, lo cual tampoco es válido.

Como describía, son situaciones que terminan "entrando por la ventana" del consultorio en tanto no se les abre alguna puerta en el marco de una estrategia de tratamiento. Es que esto considerado como "externo" y por lo tanto ajeno a la intervención del analista, lo planteamos no en el sentido del "fuera del consultorio", no únicamente en el sentido de la "realidad exterior" por la que el analista incluye un recurso complementario, sino que la evaluación de lo que es "externo" al dispositivo psicoanalítico va a tener que realizarse en función de la transferencia en juego y de la política que se sostenga para una cura. Para que la evaluación e indicación de maniobras de este tipo no implique desentenderse del lugar transferencial que convoca al trabajo analitico.

Precisamente es otra manera en que pensamos la tarea del AT: como una intervención que permite ampliar el *campo de acción* del terapeuta y sostener la continuidad de un proyecto terapéutico en el ámbito de la vida diaria del paciente, ya sea con su entorno familiar, cuando existe, o en sus relaciones con la comunidad, entre otras. No

para que el at vaya a "hacer de plomero" (ni el analista ni el acompañante, claro). No es tampoco un asistente social, que podría ayudarlo a conseguir trabajo o estudio. Ni una empleada para tareas domésticas, ni un enfermero. Tampoco está para ser "informante".

Por ello debe ubicar su acto en el contexto de una estrategia, aunque tome facetas en mayor o menor medida directivas, de guía o de organizador. Su intervención será en situaciones que tienen una doble incidencia: por un lado en su tratamiento, aunque por otra parte es así al incidir en las posibilidades de un paciente de sostener su vida cotidiana.

Entre *ofertas y demandas*: la presencia del acompañante y sus intervenciones

Vuelvo al texto que había reseñado de M. Benyakar (2003), para pensar respecto de la intervención del at, en términos de qué sucede con la *demanda*, pero también con la *oferta*.

Este autor considera dos modos de intervención fundamentales en el área de salud mental en situaciones de catástrofe:

a- intervención por demanda.
b- intervención por presencia.

Esquematiza esto a partir de nociones que se utilizan para la *planificación de los servicios de salud*. Es conocido como *intervención por demanda espontánea* (la a- en Benyacar), e *intervención por demanda promovida por el profesional* (que se adapta en sus términos a la intervención b-). Veamos un poco más de qué se trata.

a- la *intervención por demanda* es muy similar a la típica función del equipo de guardia psiquiátrica. El profesional aguarda en el lugar asignado para su tarea y recibe al "paciente" o "damnificado", que acudirá en forma espontánea o derivado por otro profesional.

b- la *intervención por presencia*, se caracteriza porque los profesionales están disponibles y en contacto directo con todas o la gran mayoría de las personas –involucradas en la catástrofe que los convoca.

Además, dice otras cosas, en cuya lectura encuentro "resonancias" para la tarea del acompañante terapéutico. No sólo en situaciones de catástrofes sociales, sino que apelo a esta dimensión de la *catástrofe* en términos de la subjetividad y, a veces, de la problemática familiar que se genera ante una crisis emocional, un brote psicótico, etc., en los casos con los que trabaja el at.

Los "damnificados tienen dificultades para advertir su condición de tales". "No conviene esperar su demanda espontánea. El objetivo principal de este modo de intervención es realizar el diagnóstico precoz o la intervención oportuna y la prevención de secuelas".[27]

En cuanto al acompañante, puede formar parte de un conjunto de profesionales que establecen algún diagnóstico de la situación del paciente y de su marco familiar/ambiental, pero no es el diagnóstico entendido en el sentido de su ubicación en un cuadro clínico, desde un esquema nosográfico determinado.

También su intervención oportuna en situaciones de urgencia funciona a manera de "prevención" de crisis mayores, de actuaciones impulsivas que lleven a un agravamiento en las condiciones del paciente y su marco de referencia. Su presencia, en sí misma, funciona muchas veces como tope, como límite, apaciguando situaciones de crisis que, si se las deja libradas a su propia evolución, pueden tornarse inmanejables. A su vez, a partir de la presencia del acompañante y su lectura, el equipo terapéutico puede evaluar desde distintas perspectivas la pertinencia de un esquema domiciliario de contención, o si sería necesario contar con un dispositivo institucional para ese momento.

A partir de esto, propongo hacer una reformulación de estos términos, para precisar la idea de *presencia* y de *intervención* del AT y algunas articulaciones particulares entre la demanda y esa presencia.

Vamos a formalizar la *Presencia* del AT, en tanto intervención, en dos direcciones: una como "oferta" disponible, una presencia expectante, más pasiva. Y otra en que se prioriza la dimensión del "hacer", de la actividad, que pensamos como una *presencia activa*.

Estas dos direcciones o modalidades de la presencia del acompañante no son excluyentes, no es que va a ubicarse "de uno u otro lado" con un paciente, sino que dependiendo de la situación en que se incluye el acompañamiento quedará priorizada una u otra dimensión, aunque luego esta posición se modifique, de acuerdo a la evolución del caso y a la dinámica transferencial que se genere.

¿Cómo explicar estas dos modalidades?

1) Con la intervención en tanto *oferta*, el acompañante se encuentra como una presencia expectante, que ofrece su disponibilidad, en cierto sentido desde una figura pasiva aunque alerta. Se trata de un semejante que a veces es pensado como "testigo", que alivia y

por momentos también implica una "contención" desde el hecho de estar presente, al lado, cerca del paciente. Igualmente, cabe dar un paso más –para diferenciarlo de la presencia familiar y de las amistades–: el at está atento a lo que pueda generarse en ese momento en el vínculo con el paciente. Estará "a demanda", en ese sentido.

Aludo a una *disponibilidad* del at, que se ofrece, generándose un espacio que es terapéutico desde esa presencia, en sí misma, de esa oferta, que es estática en cierto sentido, pero no por ello dejamos de ubicarla como una intervención. Además, articulará su trabajo terapéutico a partir de la aparición de una demanda, de un requerimiento, de una palabra de ese interlocutor que es el paciente. Al estar como *oferta-presente*, ubica en el paciente un interlocutor y queda, a su vez, como posible oyente –pero también hablante– en ese vínculo. Puede generar entonces movimientos y efectos en ese campo de interrelación con el paciente. No es que el at va a "hablar todo el tiempo" que está, ni que intentará por todos los medios generar un diálogo. Y no se pondrá *a la espera* de que el paciente *le* hable (para no desesperar...). Menos aún, el at se ubicará en posición de quien lo interroga, e intenta que *le* conteste aquello que *quiera* saber. Hay otra particularidad respecto al tipo de relación habitual paciente-terapeuta: el at no va a proponerse hacer una "anamnesis", ni una reconstrucción de "datos de la historia familiar", en ese aspecto no va a orientar su posición desde esos objetivos, para "lograr" esos datos, salvo que sea estrictamente necesario en ciertos casos, indicándose el AT en relación a esa tarea. Puede pasar sin embargo que los "datos" surjan como producto del diálogo, y allí se evaluará qué valor tienen para el proyecto terapéutico, o –mejor dicho– qué "otro valor" pueden tener además del hecho de que el paciente pueda hablar de eso con el at, con un otro, lo cual ya es demasiado.

Un típico ejemplo de esta posición es lo que sucede en las internaciones domiciliarias, de 24 hs., donde el paciente está en su hogar, "ocupado" en distintas cuestiones cotidianas, que fueron autorizadas o que están dentro de lo pautado por el equipo terapéutico. Está ocupado en mirar televisión, hablar por teléfono, dibujar, escribir, leer o dormir y a su vez el at está leyendo, o mirando televisión, en los casos donde no se indica una actividad, está "como quien hace otra cosa". No está "a la espera", ni en posición de "escucha" frente al paciente que "tendría que" hablarle, sino que se constituye en una *presencia* cercana, *expectante*, de alguien que no es un familiar ni un amigo.

Es necesario trabajar al respecto sobre los *preconceptos o prejuicios* del at. En este sentido, apelo a las precisiones en la escritura de Kléber Duarte Barreto[28], quien afirma que el acompañante no puede ejercer su función cuando le es difícil "aceptar y comprender que *hace algo* al no hacer absolutamente nada –solo estar presente".

Al decir que el at estará "a demanda", puede acercarse entonces a la "Intervención por demanda espontánea", en parte forzando los términos. Ese forzamiento, deliberado, apunta a generar alguna interrogación, al llevarnos a complicaciones si lo puntuamos en relación a la división que hace Benyacar: acá se trata a su vez de una "Intervención por presencia", aunque dadas las características particulares de este rol del at, se trastoca esa línea divisoria, y esto es lo interesante del lugar del acompañante. Es que está en el "aquí y ahora" del lugar y el momento de la "catástrofe" de un sujeto, o cerca de la misma, en tiempo y espacio.

Recapitulemos para sintetizar este desarrollo: en la primer modalidad no está "a demanda" y no se posiciona necesariamente "a la espera" de la misma, ni buscando generarla, sino que el at está aquí *disponible* en tanto la misma emerja. Esto lleva a otra diferencia en la situación, si lo comparamos con las sesiones de terapia, una diferencia que hace a las variables de tiempo y espacio en que se desarrolla el AT. Su marco particular, hogareño o callejero según los casos, paradójicamente suele facilitar la aparición de ciertas demandas, o cierta expresión de angustias y ansiedades que el paciente no manifestaba, y que ponía en juego a través de la actuación y vehiculizaba en la impulsión o en el pasaje al acto. Esas manifestaciones, la expresión de afectos, su puesta en palabras, aparecen allí *con el at*, mientras bajo otras coordenadas no se presentaban, lo cual aporta para pensar la especificidad del AT y sus efectos.

Veamos entonces ahora el otro tipo de p*resencia*, en tanto implica otra modalidad de intervención y tiene su propia relación con la cuestión de la demanda.

2) La otra vertiente es la de una intervención caracterizada por la *actividad*, en una posición tendiente al "hacer", quedando en un lugar distinto al de esa presencia *atenta* del punto anterior.

Por un lado, el acompañante tiene un objetivo de mayor *movilidad*, con la meta de *tareas* a realizar, o consignas que pueden estar dirigidas a estimular o impulsar en cierta manera al paciente respecto

"activa", donde la *tarea* acordada va a significar un acompañamiento que ya no está "a la espera".

Con su actividad, tiende a construir ciertas "escenas" en su cotidianeidad, determinados escenarios que le permitan al sujeto sostenerse, ligarse a algún proyecto, transitar sus días de otra manera. Aunque sea en el "mientras tanto" de un momento de su tratamiento, en un escenario que apostamos a construir con el sujeto, sus intereses y sus deseos.

En esta línea, Carlos García Bo[29] califica al at como "*interventor*", cuando "hace falta efectividad en alguna instancia cotidiana del paciente", en su organización diaria, y no alcanza para esto con lo trabajado en las sesiones.

Por otra parte, pero también en esta perspectiva de una "acción" del at, a veces su escucha o su palabra están por así decir "direccionadas". Por ejemplo, si se plantea la importancia de dialogar sobre determinados temas: como sucedió en el caso de H., una paciente que rechazaba y evadía las cuestiones concernientes al consumo de alcohol, "motivo" de su tratamiento. Esto ocurría de la mano de toda una serie de actos transgresores, de conductas de "negación", mientras se iba deteriorando su estado, exponiéndose cada vez más a situaciones de riesgo para su vida y la de sus hijos, con quienes convivía. En el espacio de AT, inicialmente, la paciente se "escurría" ante la posibilidad de hablar de esa problemática, respetando las acompañantes sus silencios, sus salidas mediante chistes, sus ambigüedades en cuanto al estado en que estaba. Luego de un primer tiempo, ya no se dio margen a dicha evasión del tema, y se decidió incluir desde la tarea de las acompañantes en forma explícita esta problemática diariamente: qué le había pasado respecto al alcohol ese día, si había consumido o no, etc. Es decir, conversar sin rodeos de esto, tratando de acotar esa ambigüedad en las respuestas de la paciente. Al poder dialogarse con ella sobre la cuestión de su consumo (luego de esa etapa inicial de un AT más "pasivo"), se produce una "vuelta" de esta temática para el espacio de las sesiones individuales, ya que de alguna manera se tendía a que pudiera "sintomatizar" algo de dicha cuestión, no sin el trabajo con el terapeuta. Y que se reubicara subjetivamente su posición ante ese consumo. Se plantea entonces poner un tope a dicha posición tan esquiva como metonímica, de evasión, para que no se precipite en un deterioro incesante y en un previsible abandono del tratamiento, como tantas otras veces.

En ocasiones entonces, esta intervención se modula en términos de una escucha "menos libre" sobre ciertas problemáticas, donde no se "escucha todo igual" –en el sentido del "palabrerío" sobre cualquier cosa de lo cotidiano– sino que va a plantearse una intervención del at que "acota", que "no da lugar", o al menos no otorga tanto lugar a ciertas temáticas para dar espacio a otras, etcétera.

Existen también en estos puntos coincidencias con la propuesta de Belanger y Riou (1997),[30] en cuanto al tratamiento de la psicosis, donde esta intervención es una acción "sobre la palabra delirante enmarcando sus límites". Teniendo "un rol activo", el acompañante intervendrá para hacer que el discurso delirante "no invada todo el espacio de palabra" del sujeto, sino que se tratará de que vaya teniendo "un tiempo y un lugar de expresión". Esa determinación de ciertos límites lleva a que el psicótico no quede "tomado" en esa invasión ligada a aquello pulsional que lo excede, para construir un espacio subjetivo. Esto podrá ser producto de toda una "negociación", que tiene en cuenta las posibilidades y necesidades del sujeto en cada momento, así como las cuestiones atinentes al lazo social, su relación con su "entorno", con el espacio público.

Para volver sobre el primer punto, pero también para pensar la articulación entre esa primer dimensión y la segunda que esquematicé para el at, me remito además a la manera en que se piensa el momento inicial del AT, en el abordaje institucional propuesto por ambos autores[31]: un aspecto primordial del trabajo en ese momento consiste en "crear un espacio de confianza en una palabra por advenir". En esa instancia, no se trata de tomar una posición frente al discurso delirante, en cuanto a rechazarlo, confirmarlo o interpretarlo, sino sobre todo de "escuchar" el delirio "tal como es dicho", así como de "reconocerle un lugar" para ese sujeto y su historia. Para formularlo en otros términos: si el at sabe "callar", va a facilitar que *advenga el decir* del sujeto que acompaña. En otro tiempo tendrá que trabajar sobre ese *decir*, sobre aquello que se generó a partir del movimiento. Cabe recordar, por otra parte, que estos tiempos tienen un sentido tanto lógico como cronológico, es decir, puede alternarse en un mismo sujeto, y por ende en la posición del at, los momentos donde sea necesario "callar", ser testigo, con momentos en que el vínculo posibilita otra modalidad de trabajo para el at, otra posibilidad para su palabra.

Consignemos también que incluso cuando no interviene verbalmente puede haber una *decisión* al respecto de parte del at, respecto

de qué "hacer" con su *presencia* y con su *ausencia*, y podrán producirse *efectos* en tanto se señale así algo para el paciente y su familia, que puede ser reelaborado o trabajado luego. La toma de distancia (física) en una situación de *charla familiar*, puede ilustrarnos sobre ese registro de cierta *ausencia* del at en la situación: que el at se aleje de la habitación donde está dándose ese diálogo, o se quede, no es indiferente. Ejemplos de esto se dan en la interrelación del at con el entorno familiar, cuando al aparecer discusiones familiares recurrentes, escenas conflictivas, etc., muchas veces son resignificadas a partir de esa "marca" que implica la presencia del at y/o su palabra; siempre en la medida en que existan las condiciones –en la familia y en el equipo terapéutico– para ser trabajadas.

El más o el menos transferencial: el acompañante terapéutico, entre la falta y el exceso

En términos de lo que sucede fenoménicamente con la dinámica transferencial que se produce en cada caso y del soporte transferencial posible, consideramos dos perspectivas para la intervención del AT, a manera de síntesis.

Desde esta lectura de la situación clínica, el AT se propone para compensar en cierto sentido determinadas dificultades que perturban la marcha de un análisis, e incluso obturan la posibilidad de instalación de un dispositivo analítico, sea por *exceso*, sea por *defecto* de la dimensión transferencial, o por situaciones donde no es posible sostener el análisis desde la presencia y la intervención excluyente del analista. [32] Podemos decir, esquemáticamente:

a- Con el analista algo "*no alcanza*"; algo está *en falta*.
b- Con el analista algo está "*sobrando*"; está *en exceso*.

a- Se presenta acá lo que podemos llamar una "insuficiencia", en términos de una dificultad en la instalación de la transferencia, de un trabajo de transferencia donde el analista pueda encarnar su lugar para un sujeto.

Puede pensarse en aquellos tratamientos donde existe una interrupción del trabajo de análisis, o la amenaza persistente de salida del dispositivo, de caída de un sujeto respecto de la situación analítica, en tanto aparece una interrupción de ese vínculo transferencial –en estos casos lábil– que se había instalado, o que está todavía en tiempos preliminares.

Por ejemplo, la irrupción de una fuerte crisis depresiva, sin ese sostén, hace que sea necesaria la implementación de otros recursos, incluso muchas veces lleva al analista a decidir una internación, existiendo en otras ocasiones un "alejamiento" o "desvinculación" del caso, que se *derivará* vaya uno a saber donde... También lleva a decidir que se incluya el tratamiento psicofarmacológico.

Con el analista *no alcanza*, quiere decir que el AT está indicado en un esquema que permite sostener un dispositivo de tratamiento, mediante la contención, haciendo de *soporte en la cotidianeidad* de aquello que sobrepasa al sujeto y a su marco de referencia cotidiano, familiar o de amistades. "No es suficiente con el analista", en tanto no está al alcance de su dispositivo de trabajo sostener por sí solo ese momento crítico. No es suficiente, aunque por ejemplo incremente el número de sesiones. Al decir que no es suficiente, aludo tanto a su lugar transferencial, como a la posibilidad de que sus actos tengan efectos (por así decir) en ámbitos por fuera del consultorio. Y reitero que, a veces, tampoco resulta pertinente que intervenga en cuestiones ordenadoras de lo cotidiano, en tanto esto complique la posibilidad de maniobra en el vínculo transferencial, esto es, en la marcha del análisis.

b- Con el analista algo está "*en más*", se encuentra un *exceso*. Acá recortamos netamente aquel exceso en cuanto al vínculo transferencial que se encuentra en determinados pacientes, esto ha sido descripto recurrentemente por analistas de diversas escuelas, que apelaron a recursos diferenciales en la clínica.

Existe una necesidad de *diversificación* de la transferencia, como forma de apuntar a una preservación del vínculo con el terapeuta, dando lugar al abordaje a partir de la mediación del/los acompañante/s de cuestiones particularmente conflictivas que ponen en juego un compromiso anexo de la *persona del analista*, que lleva a un límite donde no puede sostenerse en su función. Esa diversificación permite la presencia de otros, donde esa fuerza transferencial es demasiado para "uno solo", algo le *sobra* al lugar en que queda el analista. Se trata, a su vez, de una mediación que implica un tiempo, que transcurre con otros, a partir del cual podrá darse luego otras posibilidades para el trabajo, en el espacio de análisis.

Hay autores que hablan de la necesidad de *disociación* de ese montaje, y es allí donde el acompañante permitiría un trabajo con alguien más que el analista. Se ha planteado en casos de erotomanía, en casos de paranoia[33] donde en los momentos de crisis apare-

cen situaciones que *hacen centro* en el analista, generándose lo que llamaría una especie de *tsunami* transferencial, imposible de contener. Algo de esto es lo que sucedía en el caso de la paciente "D", que presentaba a propósito de las instancias del AT en un proyecto de tratamiento.

Retomo en otro párrafo el trabajo de C. García Bo[34], en lo referente a las psicosis, donde pensaremos esta vertiente, y el lugar del AT: "La psicosis, histórica y estructuralmente implicó un abordaje institucional; dicho de otro modo, nos mostró que desde la instancia del Otro Social se suplió de hecho o con algún fundamento de razón, *la terceridad abolida por la preclusión (...)* Pero en términos de un análisis posible de las psicosis me pregunto ¿la función del AT no materializa en persona, con una presencia nombrable, una referencia necesaria en la dualidad analista-paciente? ¿No nos indica una alternativa... o sea *el otro entre dos* que hace posible el soporte del espacio transferencial... y que a su vez funcione como transferencia desdoblada?"

Y se pregunta también acerca de aquellos análisis de sujetos psicóticos extendidos en el tiempo, si "no han presentado la necesidad de la presencia de un AT". "Esta función puede ser desarrollada por otros. De hecho familiares, amigos, vecinos, etc la efectivizan, pero entiendo que en cada análisis en algún momento esta función *convoca* a un AT... sea por distinta circunstancia o avatar. *Constituye algo contingentemente necesario encarnado en alguien.* Y el AT soportará las mismas condiciones que el analista, por eso lo de transferencia desdoblada, la función de testigo, de orientador de goce, de philia, de sostener el autotratamiento del paciente (...) y en el cada caso se dirimirá la complejidad de su intervención. ¿Cómo se dirimirá su intervención?, en interlocución con el analista; referido a una estrategia, que supone las coordenadas de ese análisis."

A propósito de esto, vuelvo a la propuesta de Lacan del final del capítulo anterior, al preguntarse, en lo relativo a la organización de la transferencia, "cómo domesticar la transferencia salvaje, cómo hacer entrar al elefante salvaje en el cercado..."[35]

Y nos interrogamos, tratando de evitar el *furor curandis:* ¿en qué casos puede intervenir el recurso del acompañamiento para "domesticar la transferencia salvaje"? ¿Qué significa en términos de la dirección posible de la cura? ¿Cómo hacer para no caer en la trampa de *responder a ese amago*? De no "comerse el amague", digamos en términos futbolísticos.

El *acting out,* el pasaje al acto, como intentos de "arrancar a la angustia su certeza" plantean para el sujeto la dificultad de sintomatizar, así como para el analista de sostenerse en el orden del semblante. ¿Habrá allí con el AT la posibilidad de dar un tiempo y un espacio que despejen otro camino? La respuesta será caso por caso.

Para finalizar, señalemos que en las dos instancias antes descriptas, el acompañante podrá intervenir en *situaciones de urgencia,* las cuales implicarán características distintas para su rol. Debe evaluarse si es pertinente, así como el momento y la modalidad precisa en que podría incluirse este recurso, por las consecuencias de su posición ante las diferentes situaciones transferenciales.

Y en el terreno de los interrogantes, al situar las características de la transferencia en la situación de AT, cabe plantear: qué hacer con esta transferencia cuyo receptor no es el analista, que no es recibida por el at desde la posición del "intérprete". Por otra parte,¿desde esa transferencia con el analista algo se "derrama" hacia el at, algo se "extiende" al at? Con esta imagen intento pensar una cuestión que resulta compleja desde lo conceptual. Sin embargo, fenoménicamente nos encontramos, a veces, con cierto rasgo de la transferencia que se produce en paralelo, entre analista y at. A su vez, la complejidad del fenómeno lo muestra el hecho de que en ocasiones donde hay varios acompañantes, la transferencia tiene aristas totalmente distintas con cada uno. Entonces, ¿qué están llamados a "soportar" en esa "multiplicación" transferencial?

Cómo se ha planteado al pensar sus características en el AT, ¿puede situarse una transferencia donde prevalece el eje *imaginario*? Es una línea en la que trabajamos[36]. El tema no está cerrado y, para ser consecuentes, no intentamos cerrarlo aquí.

Como contrapartida, termino con una afirmación: la presencia y la intervención del at debe tener en cuenta la transferencia que se produce en cada caso, que la aloje en cada situación, sin que esto sea sinónimo de hacerla trabajar en términos del dispositivo de análisis, al ser la respuesta del acompañante diferente.

Notas

1 Cavagna, Nora, 1994.

2 Cf. Aubengue, P.; publicado en la Revista de psicoanálisis "*El Murciélago*"; Bs. As., Ed. Anáfora, Nro 2, Mayo de 1990.

3 En términos de G. Pommier (1996), prestarse al *semblant* (sea cual sea) implica que pueda ser investido con el lugar transferencial que cada paciente "quiera".

4 García Bo, C.; "Acompañamiento (terapéutico) y psicosis", trabajo presentado en las 1eras. Jornadas de la Práctica Profesional "Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico", Facultad de Psicología UBA, 2004. Ficha de la Cátedra.

5 Gueller, D.; Entrevista a Roland Broca, en: Rev. *Psicoanálisis y el Hospital*, 1994.

6 Cf. Lacan, J.; *Seminario sobre La angustia*, Clase 25.

7 Glasman, C.; Un caso de curación psiquiátrica favorable a la teoría psicoanalítica; en *Rev. Psicoanálisis y el Hospital*, Nro. 9, Bs. As., 1996.

8 Glasman, C.; Op. Cit.

9 Preguntas que se suman a las paradojas mencionadas por Aristóteles en la relación de amistad. Cf. Aubenque, P., 1990.

10 Ritvo, J. B. (2006), *Figuras del prójimo*, Bs. As., Ed. Letra Viva. Remito al libro a quienes les interese un mayor desarrollo para seguir la línea de su trabajo.

11 Ibid. P. 69.

12 Ibid. P. 70.

13 Hay que considerar, en una lectura lacaniana, a este Otro como ligado a aquel universo donde el sujeto viene a constituirse y alienarse, así como el mundo simbólico, aunque es un concepto complejo (a veces apresuradamente simplificado) que lleva a numerosos desarrollos. Pero a partir de esta lectura de Ritvo sobre la idea de *prójimo*, tomo una dimensión de ese Otro como aquel que puede *aplastar* al sujeto, en tanto éste puede quedar sometido a su "capricho" absoluto, como "objeto" de ese Otro, cuando no se produce *alguna* separación del Otro (la cual debe ser una separación que no lo haga tampoco "caerse" de ese lugar).

14 Lacan, J.; La dirección de la cura y los principios de su poder, p. 577. Escritos, Ed. S XXI, Bs. As., 1985. Las itálicas no están en el original.

15 Lacan, J.; Seminario III, Clase 19.

16 Lacan, J.; Seminario III, Clase 19.

17 El antropólogo Edward T. Hall, define la proxémica como "el estudio de cómo el hombre estructura inconscientemente el microespacio". Fuentes: www.geocities.com/Athens/Column y www.icalquinta.cl.

18 Ritvo, J. B., 2006. P.40. Acoto aquí la referencia a dicho texto, que lleva a desarrollos de la filosofía y el psicoanálisis francés, muy apreciables aunque

de una extensión y minuciosidad que excede el interés de este capítulo.

19 Freud, S.; Lo siniestro (1919); Obras completas, Ed. Amorrortu, 1979.

20 El at como *testigo* del sujeto, es una vertiente a considerar en muchos casc como ha sido planteada con pacientes psicóticos especialmente, en artícul sobre el tema escritos desde diferentes escuelas teóricas.

21 Ese planteo fue realizado en estos términos por Demetrio Dermitgian, quien agradezco su interlocución en las charlas previas que tuvimos para organización de la Mesa Redonda sobre Acompañamiento Terapéutico d Segundo Congreso Argentino de Salud Mental (de la Asociación Argentir de Salud Mental, AASM, Bs. As., 2007).

22 Cf. Duarte Barreto, K.; 2005, entre otros.

23 Alexander, F. (1956). Para los estudiantes y las generaciones más jóvene debe destacarse que no es un autor irrelevante, y menos en Argentin donde toda la línea "*psicosomática*" que tuvo como autor central a Alexand ha sido de mucha influencia entre los primeros grupos institucionales c psicoanalistas ligados a la IPA.

24 Op. cit., p. 53

25 Op. cit., p. 56

26 Dorfman Lerner, B., 1984.

27 Bonyacar, M., P. 200, 2003.

28 Duarte Barreto, K.; 2005, P.68.

29 García Bo, C.; "Acompañamiento (terapéutico) y psicosis", trabaj presentado en las 1eras. Jornadas de la Práctica Profesional "Fundamentc del Acompañamiento Terapéutico", F. de Psicología UBA, 2004. Ficha de l Cátedra.

30 Apollow, W. y otros, Tratar la psicosis, p. 151-157, Ed. Polemos, 1997.

31 Apollow, W. y otros, Tratar la psicosis, p. 152, Ed. Polemos, 1997.

32 Este planteo, pensado en la perspectiva de la transferencia, a la vez s articula en la clínica con las tres instancias que mencioné, en el Capítulo 4

33 Aunque no solamente en estas situaciones, ni queda reducido a esto pacientes.

34 Op. cit., 2004.

35 J. Lacan; Seminario 10, "La angustia".

36 Que el at se ubique en esa relación de semejante a semejante, soporte de l imaginario, no quiere decir que deban ignorarse los otros registros.

Capítulo 7

El acompañamiento terapéutico con niños y adolescentes

...el tiempo es demasiado tolerante
los padres no debieran adentrarse tanto en la edad de sus hijos
deberían morir al principio
o bien no morir nunca
por qué dividir así una vida
ser hijo durante tanto años
y de pronto no
proyectado de pronto
hacia fuera
trastabillar enceguecido
irse de espaldas

César Fernandez Moreno,
en *Argentino hasta la muerte*

Un dispositivo acorde a la situación del niño y su familia

El acompañamiento terapéutico con niños y adolescentes ha tenido una destacable expansión en los últimos años, con modalidades sumamente innovadoras, respondiendo a situaciones familiares excepcionales, mediante intervenciones y dispositivos que se fueron sistematizando en su especificidad de manera paulatina.

En estos casos, el acompañamiento terapéutico ofrece una intervención personalizada que se desarrolla en el medio familiar, social o educativo del niño, así como en el marco de las instituciones asistenciales, con objetivos delineados y orientados en una estrategia de trabajo en equipo. Aunque en el último tiempo se lo ha solicitado desde programas pedagógicos, tiene el valor especial de poder intervenir en forma articulada a un proyecto psicoterapéutico.

Sus coordenadas fundamentales guardan consonancia respecto al trabajo con adultos. Allí donde resulta insuficiente el tiempo y el espacio del consultorio y/o la institución, para ampliar la tarea de las distintas disciplinas intervinientes, el at posibilita un seguimiento y una asistencia cotidiana en los ámbitos donde el niño requiere de la ayuda cercana de un "otro", o el sostén de un adulto extra-familiar

en determinado momento de su desarrollo, frente a obstáculos que no llegan a superarse.

Lo habitual es que en estos acompañamientos se atiendan niños "con perturbaciones psíquicas severas", si los agrupamos fenoménicamente: esto es, casos de debilidad mental, autismo, formas de las psicosis infantiles, aquellos agrupados bajo el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD, según el DSM IV), y problemáticas asociadas a enfermedades neurológico-psiquiátricas.

En muchos casos se han producido reiterados cambios de terapeutas y/o de instituciones asistenciales, debido a complicaciones en los tratamientos o al escaso avance de los mismos. Surge desde los padres una demanda y una queja, respecto de las dificultades que se presentan en el establecimiento del diagnóstico, que en la práctica hace que lleguen a la consulta con varios diagnósticos, o en la búsqueda de *confirmación* de alguno.

En otros casos aparece una significación cristalizada de su problemática, con una rigidez que impide toda movilización familiar y del niño respecto de eventuales cambios en la perspectiva con que vienen al momento de solicitar un tratamiento. Suele suceder cuando hay alguna variable neurológica de relevancia, o algún daño cerebral determinado, pero también en niños y adolescentes que llegan con el diagnóstico de debilidad mental, de retraso mental.

En este ámbito es común que atiendan al niño a la vez distintos profesionales, a veces sin conformarse un equipo al tener distintas procedencias (cuando no pertenecen a la misma institución). Me refiero a terapistas ocupacionales, kinesiólogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos, musicoterapeutas, con quienes será necesario buscar un espacio de diálogo transversal cuando no existe un equipo, que favorezca el trabajo con el niño respetando la particularidad de cada función.

En los últimos años, se ha hecho también frecuente la consulta en situaciones donde no hay en primer plano un trastorno psicopatológico severo en el niño, sino que la demanda se asocia a problemáticas físicas[1] (discapacidades de relevancia, Síndrome de West, por ejemplo), que tienen la particularidad de dificultar la organización de la familia, observándose fenómenos que afectan fuertemente la trama vincular entre sus miembros. O coyunturas propias de una compleja dinámica familiar en la cual los padres no pueden hacerse cargo de cuestiones de la cotidianeidad del niño, al menos momentáneamente, como ser perturbaciones importantes ante la particularidad de un duelo y/o la depresión de alguno de los padres.

En el ambiente escolar, puede suceder que la atención dada po los docentes a los niños no permita que este niño (al cual se indic AT) acceda a una integración apropiada en el proceso educativo por sus características personales, por determinada conflictiva qu esté atravesando, aunque dicha atención sea satisfactoria para lo demás compañeros pertenecientes al curso. En el contexto cotidia no de la escuela, a partir del vínculo particularizado con el niño, e acompañante terapéutico –en el marco de un trabajo interdiscipli nario– abordará aquellas cuestiones que sean más pertinentes par su integración y su desenvolvimiento en las actividades tendientes a aprendizaje, favoreciendo tanto el vínculo con los otros niños, com con el docente a cargo de la clase.

En una singular experiencia en este ámbito, con la Práctica Pro fesional "Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico (UBA), venimos trabajando con acompañamiento terapéutico e instituciones asistenciales y "hogares" destinados a niños y adoles centes en situación de vulnerabilidad social, que se encuentran al por haber estado en "situación de calle", por haber padecido abus o encontrarse con problemáticas socio-familiares que dieron luga a la permanencia en una institución. Es una propuesta que gener expectativas por los desarrollos que puedan continuarse, con su aristas particulares, en tanto la estrategia a sostener tiene necesa riamente que ubicar la cuestión comunitaria y de restitución de de rechos de estos niños: algunos vienen de una historia de mucho años como "chicos de la calle", otros arrastran estructuras familiare donde la precariedad y marginalidad tiene ya varias generacione El *nexo* con el afuera, el trabajo en red para la revinculación del niñ con su familia, el acompañar los procesos de egreso instituciona son algunas de las tareas del at en este espacio.

Este capítulo analizará algunas coordenadas básicas de este tema comenzamos por describir los ámbitos principales de trabajo, par abordar luego la complejidad y particularidad de esta práctica, me diante una puntuación de conceptos y herramientas prácticas ne cesarias para el acompañamiento con niños y adolescentes. En e ámbito de la infancia, en el AT aparece cierta contraposición en es "cruce" que se produce entre lo terapéutico y lo pedagógico, que e una temática que suele presentarse en el abordaje "psi" de la infar cia. Lo veremos a propósito del desarrollo histórico, en el cual reco to algunas aristas de interés, partiendo del concepto de niño para i al abordaje de la alienación en la infancia y sus atravesamientos e las distintas disciplinas y enfoques a lo largo del tiempo.

Ámbitos de trabajo

Esquemáticamente, con estas descripciones prácticas veremos tres ámbitos principales del acompañamiento terapéutico con niños y adolescentes:

A- Solicitado desde un marco institucional asistencial –*Centro de Día, Clínica, Hospital*–.
Trabajo en la institución: AT individual o grupal
Traslados y actividades en "espacios de la ciudad": de la institución al espacio "público".
Actividades recreativas.

Las instituciones pueden estar orientadas hacia objetivos educativos, o tener un objetivo principalmente terapéutico o recreativo, con diferencias a su vez en cuanto a una mayor o menor heterogeneidad de las características de los niños. El at se integra a un plantel profesional para realizar actividades grupales o individuales.

En casos donde el niño muestra un aislamiento severo, bajo la forma de autismo, psicosis infantiles, etc., puede requerirse una importante cantidad de horas semanales de acompañamiento, con una tarea que funciona como facilitadora en el "vínculo" del niño con los otros y con los objetos. La actividad del AT motoriza y oficia como "mediador" en muchos casos donde la perturbación en el lazo con el entorno es muy marcada.

También es solicitado para actividades o salidas de manera puntual en casos de jóvenes que se encuentran internados, por ejemplo con adolescentes, donde se los acompañará a una institución para realizar gestiones tendientes a la inclusión en un contexto educativo o recreativo, o para asistir a una consulta médica, o una visita especial a un familiar con quien no convive. Tendrá una mayor o menor regularidad y continuidad de acuerdo a la situación en que se indica, puede pautarse una serie de veces y no necesariamente planificarse de manera semanal, con horarios y días preestablecidos. En estos casos se trata también de que el mismo espacio y tiempo destinado al AT para realizar alguna "gestión" o una actividad por ejemplo de tipo administrativa, se convierta en un *espacio terapéutico*. Esto es, en un viaje en colectivo, a partir de ir generándose un vínculo con el adolescente, el at va a dialogar sobre sus intereses, sus gustos, etc. En el tiempo en que se encuentra con el joven, en los distintos ámbitos de lo cotidiano donde transcurre el AT, se aborda lo referente

a la búsqueda de actividades que respondan a esos gustos y posil dades en ese momento.

Casos como el de G., con diagnóstico de psicosis infantil, deja señanzas en este punto. Tenía 13 años cuando se solicita el AT, c *modalidad* comprendía el traslado desde su casa hasta el centro día, por la mañana, y el regreso una vez finalizadas las activida del mismo, a las 17 horas. En un principio, simplemente la consi era realizar dichos traslados. G. carecía de orientación témporo pacial, tenía un lenguaje rudimentario y, por momentos, un rech a los lugares abiertos, al tránsito y los ruidos de la calle. Como era suponer, ese simple traslado no fue tan simple. Es válido consig que el año previo había sido muy agotador para los padres, deb a que toda salida de la casa era motivo de crisis, requiriendo en momento traslados exclusivamente en taxi o en el auto de la fam sin poder estar en lugares públicos.

Se pautó un tiempo de acompañamiento de dos horas, lo permitió que una parte de ese horario se utilizara en la instituc o fuera de ella, en una plaza o en un bar, buscando trabajar e vincular con G.. La distancia que había entre la casa y la instituc podía recorrerse en una media hora. Con la ayuda de generar momento lúdico, un espacio "protegido" que incluía al at, G. menzó a permanecer en lugares abiertos como una plaza y a tra tar por la ciudad, incluso yendo a otros espacios que se "desviab del camino habitual.

Luego se fue dando un intercambio con el at, y a veces con o niños, que lo llevó a establecer vínculos cualitativamente distintos ámbitos que no eran los familiares (donde su lugar estaba muy " talizado", de suma dependencia), como efecto de incluir esa activi en un marco más amplio que una "gestión" a realizar. La propuest estas situaciones es que el AT no quede en una tarea administrativa, más pedagógica que resulte (si se propone por ejemplo que apren ir solo), como sucede cuando el niño o adolescente sigue quedand una posición de objeto, sobre el cual *hay que hacer algo*.

Es así como el "simple" objetivo inicial del traslado, al inclu en el marco de un proyecto de tratamiento puede tener otra sig cación, e incluso alcanzar otros logros.

B- Sin un ámbito institucional
Indicado por un terapeuta. Amplía el espacio y el tiempo de la t terapéutica.

Intervención en el contexto familiar.
Actividades sociales y recreativas: de la casa al espacio "público". Traslados.
Contratado por la familia

Al no ser solicitado desde aquel marco institucional, puede requerirse AT para distintas instancias de trabajo, donde se contrata directamente con la familia, a instancias de un terapeuta o equipo privado. Puede ser también para traslados, para llevar al niño a sus sesiones y/o a otros espacios terapéuticos (fonoaudiología, kinesiología, etc.). Se incluye en salidas recreativas, o en la inserción social en actividades educativas, y de intercambio con pares.

En el caso de R., un niño que nació con un síndrome neurológico cuyo efecto fue un retraso madurativo con episodios de epilepsia, se solicita AT cuando tenía 7 años. En principio es pensado por su terapeuta como una forma de "descomprimir" una situación familiar que se tornaba angustiante, en especial hacer cierto "relevo" del lugar materno. A los pocos meses del nacimiento del hermano de R., su segundo hijo, la madre aparecía fuertemente desbordada por la crianza de ambos, generando esto cuestiones complicadas en el trato con R., que demandaba una atención casi permanente, como sucedía hasta la llegada de su hermano. La inclusión de acompañamiento en la casa, por las tardes, al volver R. del centro de día, generó otro clima familiar, resultando productivo el espacio de juego que se organizaba luego de la merienda con R. La madre refiere al tiempo en entrevistas familiares con el terapeuta, que se encontraba aliviada y que podía entablar otro vínculo con R. Se había sentido muy culpabilizada durante los meses precedentes, lo que a su vez repercutía en su hijo, quien tenía importantes reacciones agresivas.

Si es solicitado directamente por la familia, el acompañante debe indagar acerca de la asistencia profesional que recibe el niño, para entrar en comunicación, aclarando en especial el motivo por el cual no fue solicitado por el/los terapeuta/s a cargo. Que haya o no acuerdo profesional suele marcar caminos muy diferentes. A veces surge de un pedido familiar, luego "aceptado" por el terapeuta. En esto, que encontremos posibilidades de articular un trabajo en equipo tiene también el valor de un buen pronóstico en lo que hace al acompañamiento.

La explicitación de estas cuestiones y de las características del trabajo en ese caso, es un paso inicial para establecer un encuadre

preciso, sin el cual luego puede resultar difícil maniobrar directamente con los padres, al no poder recurrir al lugar de *terceridad* que significa el terapeuta o el equipo que lo indica.

Igual que con adultos, cuando el niño no está en tratamiento, de acuerdo a la problemática que presente, será conveniente recurrir a un profesional para una interconsulta, de manera de enmarcar los límites de la intervención del acompañante, evitando generar expectativas confusas y distorsiones en su tarea.

C- En el ámbito educativo – Jardín de infantes, preescolar o primeros grados.

Participa en la integración escolar, en escuela común o especial. Concurre en los horarios de clases, varios días a la semana. Se articula con la dirección de la institución, el equipo técnico y la maestra. Se indica en:

- Perturbaciones psíquicas graves en la infancia. Es frecuente un diagnóstico de TGD que amerita alguna integración escolar, aunque hay casos donde no existe una precisión diagnóstica.
- Retrasos madurativos, debilidad mental leve.
- Fobias escolares severas.
- Fracasos reiterados en la integración escolar.
- Dificultades relevantes en la adaptación social y en el control de impulsos.

Existe una demanda creciente para la inclusión en situaciones de integración del niño/adolescente con necesidades especiales a la escuela, común o especial, cuya inserción se ve dificultada por sus características en cuanto a dificultades en la comunicación, en el vínculo con adultos o con otros chicos, o dificultades en cuanto a su producción intelectual sin un apoyo cercano, etcétera.

Se incluye un at para que esté en el horario escolar con el niño, en un trabajo que apunta a que vaya integrándose al grupo y a abordar las cuestiones de su posibilidad de aprendizaje. A veces de manera paralela permite el at algún "alivio" en cuanto a la tarea del/la docente a cargo, en casos donde resulta muy dificultoso el manejo cotidiano de ese niño.

La integración escolar con ats, de manera complementaria al trabajo realizado por el gabinete profesional de la escuela, es una ex-

como en otros lugares del país. Niños con dificultades significativas de aprendizaje, que se asocian a problemáticas psicopatológicas, cuentan con este recurso.

Relato a continuación simplemente los objetivos del inicio de un caso, para presentar como se planteó el AT en un niño de 5 años, con un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, con marcada desconexión con su entorno.

El caso Mariano: objetivos del Acompañamiento Terapéutico en la institución escolar

En una primera etapa, el AT participa en la evaluación del desenvolvimiento del niño en las diferentes actividades y en sus vínculos en el jardín/escuela, y aporta desde allí al diseño de trabajo en el marco de un equipo psicoterapéutico interdisciplinario.

Se propone para favorecer la actividad intersubjetiva, la comunicación y el desarrollo del vínculo con otros (niños y adultos), de manera articulada a la propuesta pedagógica institucional.

Estimula el desarrollo de la actividad lúdica.

Favorece la ampliación de la autonomía y autovalimiento.

En los aspectos pedagógicos de la integración escolar, su trabajo permitirá:

-Estimular una postura más placentera frente al aprendizaje formal o escolar.
-Fomentar la participación en las propuestas escolares.
-Orientar tácticas de búsqueda e investigación de información.
-Asistir al niño en actividades que le permitan mejorar la atención.
-Colaborar en el diseño de situaciones educativas que posibiliten el aprendizaje.

Por otra parte, los desarrollos de quienes estudiaron las estrategias para los *procesos de integración institucional* de alumnos con necesidades especiales, permiten dividir dos modalidades principales de intervención. Sin profundizar en el tema, considero que puede resultar útil tener esos lineamientos para quienes se proponen trabajar en este campo:

1- Integración centrada en el emplazamiento del alumno con "discapacidades"

En este caso, la perspectiva para la intervención no establece diferencia entre *escolarización* y *educación*. Sin embargo, que el niño se

encuentre *escolarizado* no necesariamente va en dirección del m joramiento de la calidad de sus vínculos y de su integración en u proyecto educativo congruente con sus necesidades y capacidades

2- *Integración centrada en dar lugar a la diversidad*

Dentro de ésta hacemos una subdivisión, que aporta precision para la planificación que se realiza:

2.a -Programas específicos de intervención sobre el alumno ate diendo a sus diferencias.

2.b -Programas institucionales de intervención. Se trata de u trabajo en conjunto entre los profesionales y la comunidad educa va, en un proyecto educativo común. La propuesta es de una mod lidad educativa *única* pero acorde con el respeto a la *diversidad.*

El niño, entre la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis

Un breve panorama histórico puede iniciarse a partir de u pregunta con connotaciones políticas en la Argentina: ¿los únic privilegiados son los niños? Si esto fuera así: ¿desde cuándo?

Algunos investigadores afirman que hacia fines del siglo X aparecen los orígenes del concepto de infancia, enmarcado en ide morales y religiosas. Cuesta imaginar un tiempo en que la infanc no era considerada en sí misma con un interés particularizado, n era un tiempo "privilegiado" en la vida de un sujeto. Sin emba go, como lo estudiaron en profundidad distintos autores, no hab antes del siglo XIX una *sensibilidad especial* por la infancia.[2] Por contrario, autores como L. de Mausse sostienen en sus escritos existencia de un fuerte maltrato y abusos cometidos contra los niñ desde tiempos remotos hasta pasada la Edad Media, incluso c la aceptación en algunas culturas del infanticidio como un hec cotidiano y natural.

En la perspectiva de la intervención social, en el transcurso d siglo XIX, la tematización de la niñez surge más temprano en plano del interés *pedagógico*, cercano muchas veces al control soci y a una intervención normativa. Su valoración como un tema esp cíficamente médico irá de la mano de ese interés. Las modalidad asistenciales que tendrá la niñez son producto de una superposici de miradas, generándose, en primera instancia, la instalación sistemas destinados al control de la infancia, bajo la consigna de

protección de los *desamparados/desviados* en los primeros años de sus vidas, con una injerencia que llegaba en esos casos, por su propia lógica, hasta las familias.

Por su parte, y sin ser ajeno a esta problemática, enfocando especialmente el abordaje de la denominada patología mental en la infancia, el comienzo de esta asistencia remite al tratamiento médico-pedagógico del "niño-lobo", sustentado en la educación del oligofrénico, que en esa época –hacia fines del siglo XVII– era llamado el "niño idiota"[3]. En un período que puede situarse cerca del año 1800 y se extiende hasta las dos últimas décadas de ese siglo, la clínica se abocaba a una elaboración semiológica proveniente de la psiquiatría del adulto, cuyo centro era, con sus particularidades, Pinel y Esquirol. La única noción a la que se remitía el estudio y el tratamiento de la alienación en la infancia era la de *detención del desarrollo*, bajo una concepción de la niñez que fue pensada acertadamente como *adultomorfismo*. Los trabajos sobre la idiotez ocupan un lugar excluyente: no existe otra forma de pensar la alienación en la niñez, o, como se ha dicho, los autores de la época *no creen* en la existencia de la locura propiamente dicha en la infancia. La patología mental quedaba subsumida dentro de los desarrollos sobre la idiocia, la imbecilidad, el cretinismo, etc. Los debates se hacían en torno a la reversibilidad o no de ese estado, ganando reconocimiento denominados *educadores de idiotas*, quienes apostaban a demostrar que esos niños no eran "incurables", y que podían adquirir algún grado de conocimiento o de instrucción. Itard, Seguin, Bourneville, entre otros, reflexionan y llevan adelante sus propuestas en ese contexto.

En ese marco, el estudio definido de una psicología del niño, los intentos de asistencia y teorización psiquiátrica, comenzaron a desplegarse con mayor nitidez en el último cuarto del siglo XIX[4], con un interés creciente hacia las primeras décadas del siglo XX.

Por las dificultades para constituir un campo específico, un psiquiatra tan reconocido en este ámbito como Leo Kanner, llega a afirmar categóricamente que "al comenzar el siglo XX no había nada que pudiera considerarse psiquiatría de la niñez"[5]

La escasa experiencia paidopsiquiátrica puede asociarse a aquella concepción de la infancia: el niño como *adulto en potencia*. El contenido dado a la infancia era tender al estado adulto, no tenía en sí misma otro sentido esta etapa de la vida. La escuela, siguiendo estos razonamientos, es pensada como *fábrica de la humanidad*, y el niño

como *objeto a educar*. No es casual entonces que en aquella cul era especialmente el campo pedagógico aquel que aportaba las plicaciones más detalladas sobre distintos aspectos de la infanci

Acotemos que hacia 1906, será la aparición del concepto de *de cia precocísima*, de Sante de Sanctis[6], lo que comenzará a marcar ur mino diferente. A partir de esto, la separación entre las formas d "locuras", por un lado, y los problemas del desarrollo intelectual fenómenos de la deficiencia mental, por otro, producen un quiebre da lugar a una mayor especificidad en el abordaje clínico del niño.

Muy sintéticamente consigno que a esto se suma luego la im tancia que tendrá el pasaje a las nociones de esquizofrenia y psic infantiles, ya entrado el siglo XX, con la impronta de las disti escuelas del psicoanálisis. Resta destacar para finalizar el valo la conceptualización de un cuadro clínico observado precisam por Kanner ya en los primeros años de vida: el *autismo infantil pr* Se avanza entonces hacia una especificidad clínica y conceptual llega así a considerar el amplio espectro de las perturbaciones quicas graves de la infancia, remontándose a las más primaria las *alienaciones* y a lo más temprano del sujeto humano.

Las herramientas teóricas del psicoanálisis, pero tambiér abordaje clínico, adquieren un especial protagonismo a parti esa época, principalmente desde la segunda mitad del siglo XX

Aportes de conceptos psicoanalíticos para la práctica del AT

Aunque en la perspectiva de Freud la infancia sólo adquiere lor para el analista en tanto que dicha y producida *a posterior* decir, "reconstruida" desde el adulto en la cura, paradójicam los aportes del psicoanálisis serán centrales en esta historia, inc para sus críticos. Si bien su creador no analizaba niños, ni mo un particular interés en el ejercicio del psicoanálisis con niños p piamente dicho, sus ideas provocaron virajes fundamentales e mirada moderna de la relación niño-adulto. En vez de propo que se subraye en el niño lo que anticipa del adulto, nos muestr el adulto lo que tiene de niño[7].

Por ejemplo, no sorprende actualmente pensar en la sexuali de los niños y es usual que la pediatría aborde con las madres e temas y dialogue sobre las diferentes etapas de la evolución e cional del niño, bajo el tamiz de otros atravesamientos discursi incluido el del "sentido común".

Sin embargo, la clínica del psicoanálisis con niños tendrá sus controversias, en especial respecto a la particularidad de su intervención a sus diferencias con el análisis del adulto. En ese contexto, también la disyuntiva planteada en términos del lugar de la variable educativa en el tratamiento psicoanalítico del niño, se traslada a lo largo de los años. La especificidad de este ámbito sigue quedando abierta a perspectivas diversas.

Las valoración en mayor o menor medida del aspecto evolutivo del niño (diacrónico, o del *desarrollo),* y el aspecto *sincrónico* (que alude a la constitución estructural como sujeto), con sus efectos en la forma de plantear el diagnóstico, también atraviesan la orientación que tendrá el abordaje con niños hasta la actualidad.

Las formas de la alienación en la infancia. Diagnóstico y crisis en el niño

Diversos autores, desde el psicoanálisis pero también desde lecturas psiquiátricas, expusieron la dificultad para encontrar una *especificidad* al diagnosticar los llamados trastornos graves en los niños, lamentando frecuentemente la insuficiencia de instrumentos semióticos que sirvan de base para una construcción diagnóstica sólida[8].

J. De Ajuriaguerra, cuando evalúa la especificidad de la *definición de las psicosis infantiles* para la psiquiatría, dirá: "En cualquier caso, la simple traslación del marco semiológico adulto al niño es errónea en dos aspectos: 1) la dificultad de integrar en el niño el concepto de demencia, lo que implica una *organización previa*, suficientemente desarrollada; y 2) la infrecuencia, por no decir la ausencia, de *delirio crónico* en el niño". En coincidencia con el panorama histórico, desde las primeras descripciones de *psicosis infantiles*, el haber intentado "calcar rigurosamente", en la descripción de la psicopatología del niño, las características de la psicopatología adulta, llevó a un callejón sin salida, puesto que cuanto más rigurosamente se intentó esa correspondencia "tanto menos casos clínicos se hallaron".

En la perspectiva del psicoanálisis, decimos que al abordar la niñez será necesario considerar tanto al tiempo lógico como al cronológico en la estructuración de un sujeto. En esta dirección, vamos a puntuar en nuestro recorrido algunos conceptos de Contardo Calligaris, psicoanalista, que plantea que no corresponde pensar la "psicosis infantil" con los mismos instrumentos que las psicosis del adulto.[9]

J. Lacan (con la presentación del caso de Rosine Lefort, "El lobo, el lobo") dirá que "estos casos graves" van a colocar al analista en una posición muy incómoda en cuanto al diagnóstico, en una gran

"ambigüedad nosológica". A su vez, esta posición incómoda en cuanto al diagnóstico nos va a remitir a una posición nada cómoda en la clínica, en la posibilidad de sostener estos tratamientos.

En el Seminario 2, "El yo en la teoría de Freud", afirma: "En cierto modo no se sabe si es correcto emplear la misma palabra para las psicosis del niño y del adulto. Durante décadas se rehusó pensar que en el niño pudiera haber verdaderas psicosis, y se intentó ligar los fenómenos con ciertas condiciones orgánicas. En el niño y en el adulto las psicosis no están estructuradas en absoluto de la misma forma..."

C. Calligaris considera importante diferenciar: a) niños que presentan "trastornos" en su infancia, de b) niños en cuya infancia no existen esas crisis o trastornos –es decir, el desencadenamiento de la psicosis se produce en la adultez, o a posteriori de la pubertad–.

Se constata que la evolución clínica de un *niño "psicótico"* va a ser muy diferente de lo que será la de un paciente *"psicótico" adulto*.

Subrayo: las psicosis que se desencadena en la adultez, por ende, no suponen lo que llamamos un *"niño psicótico"*. Si partimos de la hipótesis referente a la "constitución de una estructuración psicótica en la infancia", esto no lleva necesariamente a que se pueda hablar de ese niño como *psicótico*. La llamada "psicosis infantil" –incluyendo en ella las numerosas formas que se diagnostican como TGD– hablaría de *fracasos en una estructuración*, que no necesariamente es la psicótica, sino que puede ser también la neurótica.

"En las manifestaciones que llamamos psicosis en la infancia, que son manifestaciones críticas, estaríamos confrontados con algo que fracasa en esa estructuración, incluso en la constitución misma de una estructura psicótica.[10]" Y Calligaris va a decir que el analista puede ayudar a superar la crisis volviendo al niño al "trabajo de construcción de su propia estructuración".

Con esa posición conceptual y su incidencia a los fines del diagnóstico, abre una perspectiva que otorga mucho valor a las posibilidades de un trabajo clínico en tiempos de la infancia, y es en este contexto donde traemos también la importancia del espacio del AT.

El componente "orgánico" en el niño con "perturbaciones psíquicas severas"

Seguimos en el tema, aunque abrimos otra problemática. Maud Mannoni planteó que durante mucho tiempo el trabajo con el campo

de las patologías severas fue evitado en numerosas ocasiones desde el psicoanálisis, aunque esto lo vemos también actualmente, quizá con otros argumentos. Al referirse al tratamiento del niño con problemas de base orgánica, en su libro *El niño retardado y su madre*, Mannoni (una de las analistas pioneras en este campo), dice que "la creencia en la naturaleza orgánica de ciertas afecciones (...) ha servido como excusa ante nuestra impotencia frente a estos casos, de niños llamados *anormales*."

Ligado a esto, un tema de gran actualidad es el referente al componente orgánico, neurológico o genético. Se ha fortalecido en el imaginario social la influencia de terapéuticas "comportamentales" o "conductuales", que parecen retomar aquel eje "pedagógico" que históricamente tuvo tanto peso, ahora apoyado en los avances de la genética y en la investigación médica que, obviamente, hoy tiene otras herramientas y alcances.

Como se desprende de los desarrollos precedentes no es algo nuevo, pese a que desde algunas escuelas teóricas se lo plantee como una novedad producto de la "sofisticación científica".

Claro que no se trata de desdeñar lo somático, lo genético, etc, sino de darle un lugar a la subjetividad del niño, que sea leída en el conjunto de sus expresiones, esto es, que el "componente emocional" no se reduzca *a cero* en un tratamiento. Se dice, por ejemplo, que el autismo es un cuadro "exclusivamente" orgánico, determinado genéticamente y también que habría "patologías" que tienen una causa genética, aunque esta no se haya "descubierto". El problema es que la promesa científica produce sus efectos, a veces devastadores cuando no se puede escuchar al niño, y cuando se cierra el espacio para la expresión familiar. No estamos con esto desestimando todo esfuerzo que se haga en el sentido "pedagógico", pero sí es necesario darle la dimensión más pertinente, acorde a la particularidad del caso.

Se preguntarán: ¿no hay determinaciones somáticas? En tal caso, qué lugar darles y qué entidad tienen para que el niño, su familia, la dinámica afectiva en que se desarrolló, no queden reiteradamente obturados bajo una perspectiva limitada. Las distintas disciplinas que hoy intervienen en este ámbito coinciden en que los problemas que afectan el desarrollo del niño son producto de una combinatoria de causas, donde se fusiona lo orgánico con lo inherente a la estructuración de la subjetividad del niño, que incluye la historia familiar.

Antes de pasar al punto siguiente, digamos también que en este

divergencia de miradas, pese a lo cual movilizará muchas veces con s intervención aquello que de otra manera no se hubiera desplegado.

¿Qué se juega en el jugar?

Para pasar del diagnóstico a los temas del tratamiento, partimos de la siguientes preguntas: ¿cuál es la ocupacion más genuina, *propia* del niño ¿Cuál es el espacio privilegiado para ayudar al niño en ese proceso?

Recomiendo la lectura de *El poeta y los sueños diurnos* de S. Freu donde escribe que "la ocupación favorita y más intensa del niño e el juego (...). Todo niño que juega se conduce como un poeta, creán dose un mundo propio, o más exactamente, situando las cosas de s mundo en un orden nuevo, grato para él. Sería injusto en este cas pensar que no toma en serio ese mundo: por el contrario, toma mu en serio su juego, y dedica en él grandes afectos" [11].

Sabrán que el juego es un espacio de trabajo privilegiado, en tant implica para el niño algo del orden de la construcción de su propi subjetividad. Para Freud, el niño mediante el juego se crea un mund propio y al jugar sitúa las cosas del mundo en un orden nuevo, que l es grato. Nada más ni nada menos.

D. Winnicott, que ocupa un lugar destacado en la clínica co niños, tiene su noción de *espacio transicional* que, para decirlo senc llamente quiere decir: "ni adentro ni afuera". Con Winnicott, subra yemos que la *zona de juego* está entre el niño y el exterior, es facilita dora del contacto del niño con los otros, así como de la construcció de un espacio propio.

A partir de estas articulaciones, ubicaremos al juego como un especie de máquina de producir placer, en la línea de poner un top a lo traumático, de dominarlo, en tanto intento de "cambiar el mun do". J.A. Miller[12], al respecto, recuerda atinadamente que es un idea "estrictamente freudiana la de considerar el fantasma com algo que le permite al sujeto obtener placer". En el famoso jueg del *fort-da*, el sujeto "domina una situación y aprende a obtener pla cer de la misma por vía de la pequeña máquina de su juego (...) E fantasma tiene una función semejante a la del juego que es, a parti de una situación tanto de goce como de angustia, la de producir pla cer"[13]. En el texto *El poeta...*, Freud escribe también que si los adulto no juegan como cuando eran niños es porque la fantasía sustituye e

Siguiendo este desarrollo conceptual, cabe decir que la condición necesaria del *fort-da* va a ser la *ausencia de la madre.* El juego entonces, además de estar posibilitado por la ausencia de la madre, podría pensarse como aquello que *permite construir algo de esa ausencia,* sostener ese espacio de corte.

En forma coincidente con esto, posibilitar ese *espacio transicional* será tan necesario en la niñez, que en estos casos de perturbaciones psíquicas severas nos encontramos con serias dificultades para constituirse, allí donde el niño no puede jugar.

En el contexto de esta rápida puntuación, digamos que para la configuración de la tarea diaria, los recursos lúdicos resultan elementos privilegiados para el Acompañamiento. Hasta en la práctica con adolescentes, la apelación al juego, al dibujo y la lectura, a la construcción de algún espacio lúdico, permite ir generando un vínculo donde algo de la confianza "se juegue", siendo estos instrumentos necesarios para establecer dicho vínculo con el at, cuando de otra manera no resulta posible el acceso a un espacio de simbolización.

A veces se propone el AT para trabajar cuestiones ligadas al autovalimiento, a las cuales el niño o adolescente no ha podido acceder. Apelar al recurso lúdico podrá hacer de esto algo en lo cual el niño/adolescente se implique, y no quede en términos de imposiciones o reglas externas, de las cuales habrá tenido muchas, pese a su corta edad. En principio, si se indica un AT, es porque algo de lo normativo no ha funcionado, empezando por los intentos familiares, siguiendo por las directivas de las distintas instancias pedagógicas a las que fue accediendo en el proceso de socialización. Previamente, podrán constatar que ya no había estado presente el lugar del espacio lúdico en ese niño.

En el AT con los niños más pequeños, con escasa comunicación y/o lenguaje, el at trabaja sobre la presencia que el cuerpo *en juego* implica y sus efectos en cada etapa de desarrollo del niño; un cuerpo que no será sin la apelación al orden de lo afectivo, de lo libidinal. Y donde la presencia del at significa a su vez poner a trabajar algo del mundo simbólico, ya que sin ese mundo los cuerpos (el del at y el del niño) no podrán jugar a nada.

En problemáticas como el Autismo puede resultar complementario de la tarea del analista, en ese punto donde es necesario ampliar la asistencia, tanto por el lado de un "*estimulador*" del espacio ludico, como un sostén en momentos de crisis, en especial en el ámbito familia

En los niños con que se incluye el AT, nos encontramos con irrupción de esa realidad amenazadora, que puede llegar a aterrizar, en el mismo juego. La excitación, la confusión realidad-jue y la irrupción de situaciones u objetos que desbordan al niño s fenómenos comunes en el trato con ellos.

Cuando se requiere de un dispositivo y un tiempo que supe las posibilidades de un analista, desde el consultorio o la atenci individual en una institución, podrá allí ubicarse el at. Su lugar apoyará en la actividad lúdica, en tanto sea posible, aparecien como una *disponibilidad a sostener,* para dar lugar a la producción c niño, siendo pacientes con el llamado paciente, para que no que en el lugar de *objeto.*

En algunos casos es la utilización de ese dispositivo el que va facilitar al terapeuta el sostenimiento o la construcción de un e pacio lúdico. El acompañante, con su tiempo y su flexibilidad e la utilización del espacio, también puede favorecer el pasaje p distintos momentos o instancias del *juego.* Con la lectura y el traba conjunto con un analista, proponemos que el at se inserte en cier lógica a la que arribará en cada caso, retroactivamente, trabajanc según cada momento, soportando incluso no saber *en qué juego encuentra,* para no interrumpirlo resistencialmente...

Articulaciones y diferencias con otras instancias del trabajo en equip

El AT y el terapeuta a cargo del caso

En la presentación de casos de AT con niños, suele pasar que n se expliciten las diferencias entre el lugar del acompañante y el de terapeuta. Que se describa una indicación dada por el/la analista de niño, sin que luego se aborden las coordenadas particulares de la tare del acompañante. Pese a ser un campo de trabajo donde el borde qu separa el lugar del at y el del terapeuta es sumamente estrecho, es ne cesario puntuar algunas diferencias y limitaciones, tanto desde el AT como desde aquel que indica este recurso. Veamos dos temas centrales, como son el lugar del diagnóstico y la intervención con la familia.

El qué hacer con la cuestión del diagnóstico

Ante las controversias referidas en la temática del diagnóstico en la infancia, destaquemos lo que resulta de mayor interés para el

ta frente al diagnóstico en estos casos, y sus consecuencias para la clínica, serán determinantes también para la estrategia en que se inserta su rol.

Asimismo, al at no le compete directamente la elaboración de un diagnóstico clínico en el sentido clásico, en la medida en que se incluya en el caso por indicación de un terapeuta que tiene su opinión al respecto. Podrá plantearse un diagnóstico "situacional", respecto de la valoración o evaluación hecha por el at de su inclusión en un caso, de las variables que se juegan en su campo de acción. Incluso para decidir no continuar, o no comenzar, con un acompañamiento.

Por otra parte, cuando se menciona el rol educativo del at en el ámbito de la discapacidad, la pregunta a hacerse es: ¿qué significa esa discapacidad en un niño y en su familia? El uso que el niño hace de la propuesta lúdica también es fundamental para el desarrollo de un caso, incluso aunque se pauten objetivos pedagógicos. Al hablar de capacidades diferentes, ¿no tiene todo niño capacidades propias, diferentes?

Acá también, rescato la idea freudiana de tomar a cada caso como único, lo que apunta precisamente a salir de la estandarización (diagnóstica, y en el pronóstico) con que llegan a veces los pacientes y las familias. El tema es no generar lógicas de pensamiento y de intervención que sostengan la estigmatización, y por ende la discriminación. Apuntamos a que al at no quede así "cristalizado", a veces con los efectos de cierta posición cronificada en una perspectiva ya dada, lo cual genera inevitablemente el cansancio en su tarea, cuando no el abandono.

El qué hacer con la familia

Otra diferencia entre el AT y el terapeuta está en el lugar dado al trabajo con la familia del adolescente o niño que acompaña y su relación con la demanda familiar.

El AT no opera prioritariamente con su tarea a nivel "simbólico" sobre esa estructura familiar, para decirlo en términos sencillos, como sucede en el dispositivo basado en la palabra que se despliega en un consultorio. Pondrá en juego su palabra, su presencia, sus intervenciones, mediante la inserción de su tarea en el contexto familiar cotidiano cuando es necesario descomprimir una situación que se da en la dinámica familiar, cuando debe asistir en la contención de un paciente que desborda las posibilidades familiares, en el marco de una estrategia terapéutica, complementando la misma o en casos donde es pertinente

trabajar sobre algunos límites o normas en el día a día de la familia. En tal sentido, demarca espacios para el "no" en lo cotidiano. Y esta es una tarea vedada a la acción directa del analista o terapeuta a cargo, aunque lo considerara pertinente, al no estar en la casa.

El at interviene también ante situaciones hogareñas donde la familia se muestra desbordada, o sin posibilidades de intervenir, dada la larga historia de conductas o interacciones que se han solidificado en la vida diaria.

Resumo una situación que sucedió en el tratamiento de R., un niño que se encontraba con integración escolar para sala de 4, con AT. Con una perturbación psíquica de comienzo precoz, había tenido una marcada mejoría en el último año, a partir de su tratamiento con una analista. Teniendo 5 años, llamaba la atención en el jardín los problemas que este chico tenía en el horario de la comida. Se descalzaba, deambulaba permanentemente, tiraba la comida, comía del piso, molestaba a sus compañeros. La at, que algunos días estaba con R. en la escuela, trataba de acotar ese desborde, le marcaba la importancia de permanecer sentado, de no comer levantando la comida del piso, etc. Al concurrir a la casa, los demás días, se encuentra que en el momento de almorzar o merendar en su hogar, por lo general el chico estaba con su abuela, quien lo iba siguiendo por toda la casa, con el plato de comida, hasta su finalización. Esta escena, donde además R. se descalzaba, se recostaba en el piso, etc., aparecía de manera muy similar en la escuela. Con una madre que no podía ponerle límites al hijo pero tampoco a su propia madre (esta abuela vivía allí), con funciones paternas que no se asumían, estos eran temas de trabajo en entrevistas de la analista con los padres desde hacía meses.

Sin embargo, fue necesaria una intervención de la at en el hogar, tendiente a organizar ese espacio de las comidas, principalmente en un trabajo con la abuela de R. En principio, para que ubicara un lugar para el momento en que R. comiera, que dejara de darle de comer "persiguiéndolo". Junto a algunas otras cuestiones que se fueron trabajando paralelamente con los padres, en el AT y en el espacio de análisis, el niño comenzó un notable cambio en el jardín, tanto respecto de su "organización" en el horario de la comida, como en la aceptación de pautas de convivencia que antes resultaban imposibles de abordar por parte de su maestra. Algunos dirán: ¿se cambia con esto algo "estructural"? Podría responderse que no. Y preguntaría: ¿en qué estructura?[14]

cias del paciente. Algo queda dicho en este caso: no se acompaña nada más (ni nada menos) que a un paciente. Y es así.

En este AT, sus circunstancias son: se realiza a partir del trabajo en un Servicio del Hospital Borda, y tiene su relación con el espacio denominado "taller Trans-Institucional". Pone en juego cuestiones como lo "inter", lo "trans", y el trabajo con pacientes que fueron trasladados del Borda a otra institución, donde ese "pasaje" era brusco, era un "entre" que no quedaba articulado, mas bien fragmentado, según los dichos del at. Un "entre" que en su fragmentación no da lugar a la "salida". Si no se piensa la *entrada* no podemos plantear la *salida*, digamos jugando un poco con las palabras.

Héctor es etiquetado como un caso "social", es algo habitual, lo atrayente es que la presentación de Daniel trae implícita la pregunta: ¿pero que hacemos con esto? ¿Quiere decir que no hay nada que hacer? Y la respuesta, leyendo el caso, es categórica: *hay para hacer*. En términos institucionales, en términos de un proyecto terapéutico, en términos del acompañamiento terapéutico. Responder que "hay para hacer" significa que hay una ética. Esto lleva a preguntarnos por qué a veces quedamos en el espacio del consultorio, del servicio, de la clínica individual, *encapsulados* (los terapeutas, lo cual termina encapsulando también al paciente, *encerrándolo*).

En un plano más amplio, será algo que nos incumbe como trabajadores de la salud mental, aquello que hace a las *Políticas en Salud y en Salud Mental*. Y al recurrente tema de las posibles alternativas a la institucionalización, qué recursos se le dedican, que formación para sus protagonistas, etc. Porque este relato nos hace ver la necesidad que existe de capacitación básica en estos temas también para los médicos, y en los distintos servicios hospitalarios, técnicos y profesionales "no psi". Nos expone el tema de las grietas institucionales.

La viñeta viene con un ritmo uniforme, tranquilo y metódico, hasta un punto, un "momento de tensión" en que todo parece desencadenarse rápidamente, *precipitarse*, esto es: la enfermedad clínica de Héctor. Hasta ese momento, Héctor se había encontrado con la tan común respuesta "hay que esperar". Era un caso "social". Daniel le comunica que había novedades, *que se quede tranquilo que en poco tiempo se resolvería todo, pero que se vaya preparando* (haciendo alusión al traslado).

A la semana siguiente, "se entera" (el at) de la internación en clínica médica. "¿Qué pasó?", escribe. Hasta su redacción nos indica las posiciones de los actores que intervienen en el caso, y su distribu-

ción "estratégica", en un sistema de relevos (podrán leer en esto a M Foucault). El at "se entera", no "es puesto al tanto". No está enterad mejor dicho. Es que no hay una articulación institucional que le c un lugar en ese *enterarse*. No está contemplado ahí un lugar para el como parte de un circuito perteneciente a la institución hospitalari Se entera porque va, porque se mueve en el caso, tiene una posició activa, y -ligado a esto- se pregunta. ¿Qué pasó? Esta pregunta, si respuesta inmediata, nos lleva a deslizarnos como en un tobogán, pc lo que va a suceder con Héctor, y sus circunstancias.

No obstante, uno va a deducir que el at hizo alguna hipótesis que sostiene con su intervención. Puede *suponerse un saber* en Danie (lo más importante: ¿Héctor lo supuso?). Un saber que tiene qu ver con un deseo, que sostiene en su posición en el caso. Va adond tiene que ir. Está con quien tiene que estar. Diferencia momentos decide cuestiones tácticas. Habla, hace y escucha.

Y acá anotamos algo sobre la cuestión de la *transferencia y el trabajo en equipo*.

Propongo cambiar algunos términos: "Incidencia de la *Subjetividad*" lo reemplazaría por: "intervención a partir de *un deseo no anónimo*"[25]. Es el at que está ahí, al lado del paciente. Móvil y estable a la vez. Que organiza, contiene, calma, anticipa.

Cabe la pregunta: ¿es el at un jugador polifuncional? Sí y no. No es para cualquier situación, ni en cualquier caso. Estuvo muy bien indicado con Héctor, y vemos que el Acompañante cambia de objetivo, como lo detalla Daniel, aunque podría haberse quedado con la consigna inicial: hacer un trámite, una gestión. Como vimos, el at modifica sus objetivos en función de la situación del paciente (la denominada "evolución"), de sus circunstancias singulares, como su contexto.

Vemos también en el caso la necesidad de que exista un *Proyecto terapéutico* en que se inserte el AT, y que lo cuente como interlocutor. Da la impresión, en algunos momentos, de un acompañante con ausencia de interlocutor, en relación a una estrategia. Y puede plantearse esto incluso más allá del lugar terapeuta de Héctor, esto es, lo digo en términos de lo que es pensar una estrategia en una institución, que implica también en ese marco contar con tiempos y dispositivos posibles para tener una continuidad en el seguimiento y eventuales modificaciones de esa orientación.

Y aunque esos tiempos estén en el servicio, como sucedía aquí, habría que considerar si el circuito asistencial existente es opera-

tivo. En tanto los tiempos propios del paciente no coincidían con ese esquema, resulta esencial poder "operativizar" –es lo que expresa Daniel–, para dar lugar a las situaciones de urgencia, como en estos casos.

El psicoanálisis, que no es una psicoterapia, no reniega de lo terapéutico, por el contrario, no puede dejarlo de lado, ni es un tema menor actualmente. Suele decirse, en cuanto a la orientación de la cura analítica y su dinámica, que no pone en primer término lo terapéutico[26], que lo terapéutico se da "por añadidura...". Y estoy de acuerdo: el problema es que muchas veces esto sirvió de argumento para desentenderse de muchas cuestiones que no son menores. Como ser, sirve aún hoy para desentenderse de las condiciones necesarias para que una demanda (de análisis) se instale. O los requerimientos para que una articulación interinstitucional pueda realizarse. Y las condiciones materiales que permiten a un paciente sostener un tratamiento, que no están desanudadas de las condiciones singulares, subjetivas, y de su correlato familiar.

Por esto remarco que hay momentos donde una indicación en el sentido del discurso médico, que priorice lo terapéutico, una indicación desde una posición de "discurso amo" si lo decimos en otras palabras, es necesario. Indicar, organizar, realizar esquemas para responder a las dudas, como hace el at.

Es allí donde entra en juego todo aquello supuestamente "exterior" al dispositivo analítico. Incluso a veces parece ser exterior al dispositivo tan especial que puede construirse en el marco hospitalario. Hablo también con esto de una interconsulta, una derivación, una indicación determinada que atañe a lo médico o lo social. Y aludo además al lugar de la familia para un paciente, del posible ámbito para vivir si es que se externa, si se va al "exterior" (del hospital). Así como (a la inversa), es necesario considerar el lugar que el paciente tiene para esa familia, ya que tendremos que pensar cómo transcurren sus horas y sus días una vez que sale de la *institución total*. Sus posibles ocupaciones, la llamada rehabilitación social, etc. Entonces ese "exterior" no es ajeno, ya que sino entra por la ventana y esto hace a esa *topología especial* que tenemos que atender cuando apostamos al sujeto.

También se trata de contar con herramientas para *atemperar* un sufrimiento, como suele resultar necesario ante la urgencia. Como sucedió en este caso, aunque precisamente en un principio la cuestión era *la espera*.

Se articulan con esto algunas afirmaciones que extraigo de J. A. Miller, respecto al uso del medicamento, y de su lugar en la cura analítica: dice que son formas de "anestésicos", "no curan, pero permiten trabajar" con ciertos pacientes (...).[27] Creo que es una figura ilustrativa para pensarla en relación al acompañamiento. No se trata de que cure, pero permite trabajar, con determinados pacientes, en un momento y durante un tiempo más o menos limitado.[28]

Aunque a veces esto no es entendido así por los propios psicoanalistas. Y digo esto como psicoanalista, ya que por lo general entre los ats y estudiantes de la Facultad suele aparecer la crítica más franca hacia la práctica psiquiátrica. Sin embargo, en estos años, al dar charlas o cursos en hospitales o universidades, y en mi práctica como coordinador de un equipo de AT, me fui encontrando con las dificultades de los terapeutas para precisar la especificidad de esta función y su orientación en cada caso, donde no se tienen en cuenta cuestiones básicas, como es la articulación de las acciones del AT con su estrategia, y la supervisión de sus modificaciones en función de la evolución del paciente. Y en esto influye el difuso conocimiento específico sobre el tema entre los profesionales "psi".[29]

Vuelvo al caso. Lo *terapéutico* está puesto en el hecho de acompañar a Héctor, más allá de los límites del hospital, y en el borde de los límites de nuestra intervención "psi". En un proyecto terapéutico, esto implicaría que pueda realizarse de manera ordenada, gradual, en función de tiempos y objetivos. Y en ese punto entra también la articulación con las instituciones y la familia. El trabajo en red, que va a tener que estar en función de la subjetividad del paciente.

Al ir al acompañante terapéutico, retomamos la noción de *deseo no anónimo*[30]. ¿Qué demandaba Hector?: "compañía, sostén, palabras alentadoras y muchas otras cuestiones que no estaban al alcance de mi mano". El trato que es *uno a uno*. Las respuestas que se le daban, *anónimas*, lo dejaban en posición de objeto, del cual se corría ¿cuando?... en el momento en que desesperaba, y cuando esperaba de alguien en tanto podía demandarle.

¿Qué hace entonces el AT? Para él no se trata de operar como en el dispositivo analítico, pero sí de sostener un proyecto terapéutico que se hilvana al discurso analítico.

Aunque parezca curioso en este contexto, en varios momentos el lugar del at se acerca al del trabajador social. Pero se ve una diferencia en

el caso de Héctor (y habitualmente): ¿qué le respondían comúnmente? *Hay que esperar.* Esta es una respuesta de alguien anónimo a otro anónimo. En este caso, es lo contrario del acompañante terapéutico.

Repaso otros párrafos del escrito de Daniel, ya que es muy preciso: "Mientras se le informaba a Héctor sobre su situación y se le leía una serie de requisitos, noté cierta ansiedad y desentendimiento por parte del mismo."

Me detengo en esta conjunción, de *ansiedad y desentendimiento*: suena extraño, ¿no?. ¿Cómo alguien puede estar ansioso si está desentendido?, ¿el tema es "no entender la explicación"? ¿O será que ese desentendimiento nos está hablando de una posición del sujeto ante aquello *que se le viene?* Ante eso que no termina de entender, como quien dice "no le entra en la cabeza..." que lo lleve a desentenderse la ansiedad de la situación, es una respuesta posible. Podría angustiarse, podría irse, podría enojarse y gritar, serían otras respuestas ante ese personaje anónimo que le informaba y le leía en serie innumerables requisitos.

Recordemos la viñeta: luego de los requisitos a presentar, hubo "una serie de cuestiones de muy amplio espectro. Ya no se trataba solamente de acompañar a Héctor sino también acompañar el proceso burocrático en juego. ¡Qué tarea esa!... Me preguntaba...". Otra vez, será el Acompañante y sus circunstancias: no es solamente acompañar a Héctor sino también el proceso burocrático. Y nuevamente el at se pregunta: a quién corresponde realizar los trámites. Pero la pregunta ahí no tiene respuesta, y eso provoca angustia. ¿Le corresponde a la familia? No está. Entonces acá aparece la alusión al terapeuta, a la asistente social, y al at. Sintetizando: el equipo, y a las redes. Pero esto es como el juego:*¿Lobo está*? ¿la red está?. Y también nos lleva a preguntar: ¿existían esas redes?

El at, entonces, decide operativizar. Ser *operador* para que algo de esta red se construya.

Ahora bien: ¿Será posible *soldar* esas grietas institucionales? Aunque Daniel dice "de alguna manera" soldar... expresión que nos habla de una mirada no ingenua. Esas grietas nos hablan de la insuficiencia de redes posibles, casi de ausencia. ¿Le corresponde al at?: sí, pero en el marco de un equipo, y de una red. Y más ampliamente, correspondería ubicarlo en el contexto de una política en salud mental.

Y aquí hubo una toma de posición del at. No dudó -dice- en establecer una cierta alianza con el paciente, y en preguntarle si estaba

entendiendo lo que la asistente social le explicaba. Percatándose utilizó "un lenguaje más específico y concreto".

Aparece entonces el acompañante terapéutico como *mediador* como *facilitador* del acceso del paciente a ciertos recursos, en situaciones en que no puede acceder por sí mismo. Y elige una táctica, de *sentido común* (parece no sonar muy bien en algunos ámbitos, pero es así): utiliza un lenguaje más específico y concreto. Sucede también con la internación en clínica médica, cuando no duda en visitarlo y en ponerse al tanto de su situación. Héctor está muy ansioso, abstinente de fumar, sin medicación psiquiátrica y desmejorando paulatinamente. Hay allí un mediador entre el paciente y sus circunstancias, esos *otros*, esos trámites, esas instituciones.

Pasan los días, dice Daniel "y un nuevo lugar me plantea el acompañamiento de Héctor, ya no es el seguimiento de sus trámites sino el seguimiento de su estado de salud, el mediar entre los médicos y enfermeros de clínica médica y los de su lugar de morada, además de presencia y sostén, muchas veces utilizando un discurso Amo y todo recurso pertinente que estuviese al alcance de mi mano."

Y acá vuelve a decidir un cambio en la estrategia del acompañamiento, y en su táctica.

Entre los trámites, confusos para Héctor, y los vericuetos de la enfermedad, decide *cambiar de rumbo*, proponerle *dejar el tema "Rosario"* para otro momento dado que era motivo de extrema ansiedad. "Ocuparnos" de pasar este mal trance. Daniel dice que utiliza el recurso de hablar desde el "discurso amo". Hace que "cancele" el viaje, y esto no importa si es así en la realidad porque está en juego la "realidad psíquica" de Héctor, en relación a la cual el *cancelar ese tema*, opera a manera de organizador, plantea tiempos, calma ansiedades. Después verán que pasa..., podrán preguntarnos si no hay cierta *omnipotencia* del acompañante, aunque no se trata de eso.

Y nos encontramos entonces con otro punto: ética y deseo del acompañante terapéutico. Desde el psicoanálisis decimos que es pertinente enlazar el AT al discurso analítico, el que se sostiene en la singularidad, que hace a la transferencia. "No soportaba la falencia y la lentitud con que suelen manejarse estos trámites", dice el at.

Y el tema es el *peligro de la impaciencia*, cuando nosotros como terapeutas tenemos que ser un poco más pacientes... Recuerden la "recomendación" de Freud, cuando dice que es conveniente no mostrar "impaciencia", y advierte sobre la "ambición terapéutica"

que puede jugarnos en contra en un tratamiento -que resulta tan negativo en muchas situaciones de AT. Dejo la pregunta, no obstante: ¿Algo de la ansiedad de Héctor se transfiere a Daniel? En tal caso, Daniel puede *hacer algo* con esto, lo pone a trabajar, desde su espacio, con su escucha, con su palabra, con su intervención.

Para finalizar, se pone de manifiesto la importancia de establecer una red, que muchas veces es nombrada, pero pocas veces es bien operativizada.

"Poner el cuerpo decían, cuando hablaban de Acompañamiento Terapéutico y no me caben dudas de que algo de ese orden se trataría." Sin embargo, tampoco caben dudas que no es solamente *poner el cuerpo*. Se acompaña con la presencia. Se acompaña con la escucha. Se acompaña con la palabra. *Con la pluma, la espada y la palabra*, para tomar otra frase prestada. Porque también el AT implica dar cuenta de lo que sucede allí. Y dar cuenta no es sin una ética, sin una estrategia y una política de la cura, desde un lugar en esa red. Aparece en tensión durante el relato esa pregunta, que habla de la soledad del at: ¿a quién recurrir?, y leemos en esto una apelación a una contención y trabajo institucional en forma más *intensiva*, que incluso parece estar más allá de los esfuerzos del equipo. Como para que no sea solamente poner el cuerpo. Y ubicamos acá la pertinencia de otorgar un mayor espacio a la coordinación y supervisión específica para el trabajo del at.

Una red que contenga al sujeto

Finalicemos con la idea de red, y el trabajo interinstitucional.

Para dar cuenta del lugar del AT, ¿cómo podemos definir una red, si lo pensamos desde esa *particularidad* subjetiva, en el uno por uno? Resulta fundamental para su construcción considerar qué lugar tiene esa red *para un paciente*, en este aspecto que señalaba antes: que pueda ubicarse algo de esa relación a un semejante en tanto otro no-anónimo. Como hilván, promotor o ayuda-sosten de esa red, con recursos que se *re-construyen* para cada caso. Será importante que esa red no quede reducida al at, pero tampoco al equipo terapéutico institucional. Como lo definimos anteriormente, debe contemplarse un trabajo por fuera del hospital. Y para que esto sea así, subrayemos que el acompañamiento debe ser un puente hacia los lazos comunitarios, hacia las redes que pueda ir el sujeto hilvanando en su medio social, en la particularidad de sus lazos, con la ayuda necesaria.

Considerando lo enunciado en otras partes del texto, pensamos la red como aquel dispositivo que recorre un *circuito institucional y extra-institucional*, que implica diversas instancias y sectores[31]. Donde resulta fundamental apostar a considerar el trabajo sobre la dimensión singular del caso, pensando la producción de un sujeto. Desde nuestra perspectiva, el aporte del AT en esta dimensión será la que le permitirá enlazar algo a la comunidad, a su prójimo, a sus sermejantes.

Sostener "la eficacia de las psicoterapias es tanto más grande en la medida en que la capacidad de transferencia del sujeto es atestiguada", escribe E. Laurent en el libro mencionado. Y esto sirve también para pensar la inclusión del AT en el contexto de estrategias que respondan a diferentes escuelas teórico-clínicas -aunque el concepto de transferencia tenga su pertenencia específica desde el psicoanálisis-.

El at, a partir del lazo transferencial, será aquel semejante que *no* pretende "normalizarlo", mediante una rehabilitación standarizada, sino que da lugar a su singularidad, a sus tiempos, y en muchos casos hasta dará lugar a su delirio, que puede ser la forma espontánea, primera, de empezar a hacer algún lazo.

En el caso de Héctor, el problema se precipita "cuando se tiene que ir preparando..." Ya no hay más nada que esperar. Y algo del sujeto se *precipita* en sus enfermedades. Aparece la urgencia. En un contexto crítico como el que atraviesa Héctor, el AT opera a partir de su lugar de *facilitador*, y se observa cómo modifica su estrategia en relación a la particularidad de la situación en que se encuentra el paciente.

El caso -al fin- nos ilustra sobre una experiencia donde se produce alguna articulación entre normas generales y particularidades individuales, vía el AT. También nos habla de la importancia referente a que los terapeutas, psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras, puedan dar cuenta de su implementación, y de las variables que ameritan su inclusión en un caso. De su lugar posible ante las necesidades que nos plantea la clínica en su articulación con el *espacio social*, ante las demandas propias de este tiempo que -como dice el poeta- "nos ha tocado en suerte".

Notas

1 Que es sumamente dispersa y numerosa, traigo aquí las consideraciones de Alvaro, J.L. (2005) porque resultan una síntesis de utilidad.

2 Alvaro, J. L.; en Reyes R. y otros ; Diccionario Crítico de Ciencias Sociales, Madrid, 2005.

3 Barraco, A.; "*Desmanicomialización: los límites de la ley*", 2005.

4 Vaschetto, E., en *La urgencia generalizada*; Bs As., Ed. Grama, 2004, p. 163-165. El *Equipo Interdisciplinario de tratamiento de la crisis* del Hospital Central de San Isidro (Prov. de Bs As.), al cual pertenece Vaschetto, esta conformado además por trabajadores sociales y acompañantes terapéuticos.

5 *La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP)*, por Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, en Topía: www.topia.com.ar.

6 *Los cambios sociales y culturales en la década del sesenta y el auge del psicoanálisis en la Argentina*; Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, en Revista Topía: www.topia.com.ar.

7 Galende, E.; en diario Pagina12, Sección Psicología, 5/1/2006, Bs. As.

8 Sobre la institución total, basada en el aislamiento y el encierro, y la supresión rotunda de los *derechos civiles* del paciente, recomendamos nuevamente: Goffman, E., 2001.

9 Subrayado mío.

10 Leal, J. y Escudero, N. A.; p. 20, en *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, Madrid, AEN, 2006.

11 Laurent, E.; en *La urgencia generalizada*, 1004. p. 29.

12 Laurent, E.; Psicoanálisis y Salud Mental, Bs. As., Ed. Tres Haches, 2000. p. 58.

13 Se han cuestionado precisamente posiciones de algunos de sus miembros que tuvieron el efecto de ubicar un analista "aislado", desimplicado de las temáticas sociales/políticas, etc., (supuestamente sosteniendo la enseñanza lacaniana, como en los años 70 aparecía ese efecto en analistas que adscribían dogmáticamente a la "didáctica" de la IPA). Es interesante al ser esa una posición muy diferente a la planteada por E. Laurent en estos textos.

14 Op. Cit, p.115.

15 Op. Cit, p.121.

16 Op. Cit,, p.86.

17 Cf. Scheiger, A.; "El sector Salud Mental, influencias político-económicas y nuevas perspectivas", en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. VIII No 30., 12/1997. Bs. As. P.289-290

18 Stagnaro, J.C.; "Cronicidad y cronificación, efecto de sujeto y efecto social", en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. IV No 14, 12/1993. Bs. As.

19 Daniel De Socio es ex alumno de la Práctica Profesional en AT que coordino en la UBA, y ha continuado trabajando en el Servicio Terapia a Corto Plazo I (Jefe de Servicio Dr. Verducci) del Hospital "J.T.Borda" de Bs As. Allí se desarrolló el Seminario sobre "Eficacia Terapéutica del Psicoanálisis", que coordina la Lic. Silvia Salti, a quien también agradezco la invitación para dar una charla basada en el comentario del caso (del que conservo el estilo de la charla oral, pese a sus correcciones a los fines de este libro), resultando para mí muy importante el diálogo y el intercambio que se generó con lo participantes.

20 Ver Ley 448 acerca de la incumbencia de dichos casos.

21 Obra social para jubilados.

22 Rossi, G. , Pulice, G.: "Acompañamiento Terapéutico", Bs. As., Polemos, (1997).

23 Idem.

24 El comentario a mi cargo, en el marco del Seminario mencionado, será la base de este texto, con algunas modificaciones posteriores.

25 Ver Capítulos precedentes, y Lacan, J.; *Dos notas sobre el niño* (A J. Aubry).

26 Diferenciándose así de la perspectiva que fija "objetivos terapéuticos breves" "focalizados", a priori.

27 "...con los pacientes decididos", dice, lo cual nos llevaría hacia temáticas que exceden este comentario. Además, como bien lo recuerda E. Laurent (Ciudades analíticas, p. 49), no todos los sujetos que se dirigen a los analistas están decididos...

28 Presenté en otro artículo la metáfora del "analgésico", cercana a esta: con el AT, se trata de "aliviar el dolor que inmoviliza, y además favorecer alguna salida de ese sujeto del lugar que lo cronifica en una enfermedad, que aumenta su gravedad o que lo expone a su falta de defensas, psíquicas en estos casos, frente a situaciones que hacen a su cotidianeidad." Rossi, G.; *"El Día, más allá del Hospital"*, 2004. En el intercambio posterior al comentario, se señaló también que sería más preciso hablar de "analgésico" en este punto. Sin embargo como fue bien apuntado allí, el anestésico puede pensarse acá en tanto permite "operar", también al analista.

29 Que en parte puede atribuirse a esa escasez y disparidad de fuentes para acercarse a una conceptualización de la temática, a lo que hay que sumar una formación que ha implicado cierta desvalorización de aquello que no es la práctica clínica en su encuadre clásico, de las intervenciones que no son ubicadas linealmente en los términos del quehacer psicoanalítico.

30 Lo trabajamos en el Capítulo referente a articulaciones con el dispositivo analítico.

31 Remito a lo referente al trabajo en red en la comunidad, y a las cuestiones planteadas a propósito de la idea de la continuidad de cuidados en Salud Mental.

Bibliografía General

AA.VV. "Instituciones e Historia", Dossier en *Diarios Clínicos*, Nro. 2, Bs. As., 1990.

AA.VV. *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*, Sao Paulo, Ed. Escuda, 1991.

AA.VV. *Crise e cidade: Acompanhamento Terapêutico*, Sao Paulo, EDUC, 1997.

AA.VV. Seminario Acerca de la circulación y el lazo social en un Hospital de día. Calvano, M. y otros. Publicación del Hospital Infanto Juvenil "C. Tobar García", 1992.

AA.VV. "Psicosis infantil", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Nro 5, Bs. As., 1991.

AA.VV. "Hospital de Día", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. IV, N° 12., Bs. As., 1993.

AA.VV. "Alternativas a la hospitalización crónica", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. IV, N° 14., Bs. As., 1993.

AA.VV. "Esquizofrenia. Abordajes psicofarmacológicos", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol V, N° 16., Bs. As., 1994.

AA.VV. "Enlaces, Psiquiatría-Psicoanálisis-Salud Mental", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, N° 26, Bs. As., 1996.

AA.VV. "El sector Salud Mental: Política, Economía, Actores, Calidad", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. VIII, N° 30, Bs. As., 1997.

AA.VV. "Historia y epistemología de la psiquiatría", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XV, N° 55, Bs. As., 2004.

AA.VV. "Trastorno generalizado del desarrollo", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XVI, N° 62, Bs. As., 2005.

AA.VV. "Internación Psiquiátrica", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XVII, N° 65, Bs. As., 2006.

AA.VV. "Tratamientos Combinados", Dossier en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XVII, N° 68, Bs. As., 2006

AA.VV. *Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear": Hospital de Día: Historia-Fundamento de la Práctica*, 1983-1993, Bs. As., S/E.

AA.VV. Publicación de las *Primeras Jornadas Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús*; Trabajos pre-publicados. Bs. As., S/E, 1992.

AA.VV. "La comunidad terapéutica como un sistema social de acompañamiento sistemático". En: *Actualidad Psicológica*, Bs. As., agosto de 1986.

AA.VV. *La Urgencia. El Psicoanalista en la Práctica Hospitalaria*, Bs. As., Ed. Ricardo Vergara, 1989.

AAVV. *Acto e Interpretación*, Bs. As., Ed. Manantial, 1993.

Alexander, F. y French, T. *Terapéutica psicoanalítica*, Bs. As., Ed. Paidos, 1956.

Apollón, W. Bergeron, D., Cantin, L., *Tratar la psicosis*, Bs. As., Ed. Polemos, 1997.

Aubenque, P. Sobre la amistad en Aristóteles, en *El Murciélago* N° 2, Bs. As., Ed. Anáfora, mayo, 1990.

Augé de Depino, M., y otros. *El Hostal, una experiencia de tratamientos sin encierros en psicopatologías graves.* Bs. As., Psicoterapias Integradas Ed., 1993.

Barraco, A. Desmanicomialización: los límites de la ley, en *Revista Topía*, Bs. As., N° 45, nov, 2005.

Bauleo, A. De Pichon Riviere a Italia, y de lo grupal a la desmanicomialización, Entrevista en *Imago Agenda*, Nro. 80, Bs. As., 2004.

Bauleo, A. Contra los manicomios, Página 12, Bs. As., enero de 2006.

Belaga, G. (Comp.). *La urgencia generalizada 2*, Bs As., Ed. Grama, 2005.

Belaga, G. (Comp.). *La urgencia generalizada*, Bs As., Ed. Grama, 2004.

Benyakar, M. *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*, Bs. As., Ed. Biblos, 2003.

Bercherie, P. *Génesis de los conceptos freudianos*. Bs. As., Ed. Paidos, 1988.

Bercherie, P. La clínica psiquiátrica del niño, estudio históric *Malentendido* N° 3, Bs. As., 1988.

Bertran, G. (Comp). *Hospital de Día, particularidades de la clínic* Bs. As., Ed. Minerva, 2004.

Broca, R. Entrevista por Gueller, D., *Psicoanálisis y el Hospita* año 2, n° 4, Bs. As, 1994.

Bromberg, E. *Estructura y organización en las psicosis*. Bs. As., Ve gara. 1995.

Calligaris, C. *Introducción a una clínica diferencial de las psicosi* Bs. As., Ed. Nueva Visión, 1989.

Calvo, ME. Neuróticos en el Ameghino, *Rev. Tópica*, año 1, N 3, Bs. As., sept., 1991.

Carpintero, E., Vainer, A. La historia de la desaparecida Fe deración Argentina de Psiquiatras (FAP), Topía, disponible e www.topia.com.ar

Carpintero, E.; Vainer, A. *Las huellas de la Memoria; Psicoanálisi y Salud Mental en la Argentina de los años `60 y `70*. Tomos I y II Buenos Aires, Ed. Topía, 2004.

Cavagna, N. ¿Qué es el acompañamiento terapéutico?, *Dinámica*, Bs. As., Vol. 1, N° 1, octubre, 1994.

Delgado, O. (Comp.). *Los bordes en la clínica*, Bs. As., JVE Ediciones, 1999.

Donghi, A. "La función del acompañante terapéutico en las adicciones", en: *Adicciones, una clínica de la cultura y su malestar*, Donghi, A. – Vázquez, L.(Comp.), Bs. As., JVE Ediciones, 2000.

Donghi, A. El acompañante terapéutico: una aproximación teórica, *Actualidad Psicológica*, año V, N° 49, Bs. As., sept., 1979.

Dorfman Lerner, B. Nuevo modo de investigar en psiquiatría: el acompañamiento terapéutico, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Bs. As., 30, 1984.

Dozza, L. Lo social es un lugar que no existe, reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos. En Site AT, www.siteat.cjb.net - www.cop.es, 2002.

Duarte Barreto, K. *Etica y Técnica en el Acompañamiento Terapéutico*, Sao Paulo, Unimarco Ed., 2005.

Fernández Moreno, C. *Argentino hasta la muerte*, Bs. As., Ed. Centro Editor de América Latina. 1982.

Foucault, M.; *El orden psiquiátrico*, Bs. As., Ed. FCE, 2005.

Freitas, L. Los guardianes de Freud, *Clarín*, Bs. As., 20/9/92.

Freud, S. *Análisis Profano* (1937), *Neurosis y Psicosis* (1924); *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* (1924); *Psicoanálisis y Psiquiatría* (1915); *El sentido de los síntomas* (1915); en O. Completas, Ed. Amorrortu, 1979.

Galende, E. Sobre los neuropsiquiátricos porteños, *Página 12*, 5/1/2006, Bs. As.

Galende, E. *Psicoanálisis y Salud Mental. Una crítica de la razón psiquiatría*. Bs. As., Ed Paidos, 1990.

García Bo, C. Acompañamiento (terapéutico) y psicosis, trabajo presentado en las *1eras. Jornadas de la Práctica Profesional "Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico"*, F. de Psicología UBA, 2004. Ficha bibliográfica de la Cátedra.

García, GL. *Psicoanálisis dicho de otra manera*, Bs. As., Edic. Pre-Textos, 1983.

Georgieff, A. Lanús, entre Psiquiatría y Psicoanálisis. Ficha bibliográfica de la Cátedra "Fundamentos Clínicos del AT", F. de Psicología UBA.

Glasman, C. Un caso de curación psiquiátrica favorable a la teoría psicoanalítica, *Rev. Psicoanálisis y el Hospital*, N° 9, Bs. As., 1996.

Goffman, E. *Internados*, Bs. As., Ed. Amorrortu, 2001.

Gonzalez Castañon, D. Los otros del tratamiento. Interdisciplina, Multidisciplina...., Ficha bibliográfica de la cátedra "Fundamentos Clínicos del AT", F. de Psicología UBA.

Heinrich, H. Clínica del nuevo milenio – Impulsiones y formalización sintomática, en *Revista Clepios*, Bs. As., N° 31, Vol. IX, Ed. Polemos, 2003.

Huertas, R. *Clasificar y educar, Historia natural y social de la deficiencia mental*, Madrid, CSIC, 1998.

Iuorno, R. *Fundamentos de la práctica en el Hospital de Día*, Bs. As. Ed. Del Azul, 1990.

Iuorno, R. *La animación de lo viviente - Conferencias sobre autismo*, Bs. As. Ed. Catálogos, 1997.

Kuras de Mauer, S., y Resnizky, S. *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Bs. As., Ed. Trieb, 1985.

Kuras de Mauer, S., y Resnizky, S. *Acompañantes terapéuticos, tualización teórico-clínica*, Bs. As, Ed. Letra Viva, 2004.

Lacan, J. "De una cuestión preliminar a todo tratamiento po ble de las psicosis", en *Escritos*, Bs. As., Ed. Siglo XXI, 1985.

Lacan, J. "Dos notas sobre el niño". *Intervenciones y textos 2*. I As., Ed. Manantial, 1988.

Lacan, J. "Intervención en el Primer Congreso Mundial de P quiatría, 1950"; "Psicoanálisis y Medicina"; en *Intervencione Textos 1*, Bs. As., Ed. Manantial, 1985.

Lacan, J. *La Familia*, Bs. As., Ed. Axis. 1975.

Lacan, J. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Sem nario XI*, , Bs. As., Ed. Paidós, 1987.

Lacan, J. *La Angustia, El Seminario X*, Bs. As., Ed. Paidos, 200

Lacan, J. "La dirección de la cura y los principios de su poder en *Escritos*. Ed. Siglo XXI, Bs. As., 1985.

Lacan, J. *Las Psicosis, El Seminario III*, Bs. As., Ed. Paido 1988.

Lamborghini, L. "Diez escenas del paciente", en *El solicitan descolocado*, Bs. As., Ed. Libros de Tierra Firme, 1989.

Langer, M. y otros. *Cuestionamos I*, Bs. As, Editorial Granic 1971.

Laurent, E. *Ciudades analíticas*, Bs. As., Ed. Tres Haches, 2004

Laurent, E. *Psicoanálisis y Salud Mental*, Bs. As., Ed. Tres Ha ches, 2000.

Laznik, D. "El acting, el pasaje al acto y el acto cómico", en *L Interpretación*, AAVV, Bs. As., Ed. Estilos: 127-140, 1992.

Leal Rubio, J. y Escudero, A. (Comp.). *La continuidad de cuid dos y el trabajo en red en Salud Mental*, Madrid, Asoc. Española d Neuropsiquiatría, 2006.

Macías, MA. (Comp.). *La intervención psicoanalítica y el Acomp ñamiento Terapéutico*, Querétaro, Ed. Psicgarcia, 2004

Mannoni, M. *El niño retardado y su madre*, Bs. As., Ed. Paidó 1989.

Mannoni, M. *Un lugar para vivir*, Barcelona, Ed. Crítica, 1983

Manson, F., Rossi, G. y otros (Comp.). *Eficacia clínica del Acom pañamiento Terapéutico* (Publicación del 2do. Congreso Argenti

Matusevich, D. y otros. "Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves", en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, N° 65, enero de 2006.

Miller, JA. *Dos dimensiones clínicas: Síntoma y Fantasma*, Bs. As., Ed. Manantial. 1984.

Ortigues, MC. y Ortigues E. *Cómo se decide una psicoterapia con niños*, Barcelona, Ed.Gedisa, 1987.

Pelegrini, R. *Crónicas agudas*, San Luis, Ed. Gráfica Argentina Ediciones de San Luis, 2002.

Pichon-Rivière, E. *El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social*, Bs. As. , Ed. Nueva Visión, 1975.

Pommier, G. *Transferencia y estructuras clínicas*, Bs. As., Ed. Kliné, 1996.

Porto, M. y Sereno, D. "Sobre Acompanhamento Terapéutico", en: *A Rua como Espaço Clínico*, Sao Paulo, Ed. Escuda, 1991.

Postel, J. y Quétel, C. (Comp.). *Historia de la Psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.

Quevedo, S. "Algunas consideraciones sobre la función del acompañante terapéutico", en *Rev. Psiche*, N° 32, Bs. As., octubre, 1989.

Rabinovich, D. *La Angustia y el Deseo del Otro*. Bs. As., Ed. Manantial, 1993.

Rabinovich, D. *Una clínica de la pulsión: las impulsiones*, Bs. As., Ed. Manantial, 1989.

Ritvo, J. B. *Figuras del prójimo*, Bs. As., Ed. Letra Viva. 2006.

Rossi, G. y Pulice, G. *Acompañamiento Terapéutico*, Bs. As., Ed. Polemos, 1997. (Versión corregida y aumentada, sobre edición anterior de 1994).

Rossi, G. "La formación académica del Acompañante Terapéutico", en *Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico*, Bs. As., Ed. Polemos, 2002.

Rossi, G., y otros (Comp). *Publicación del Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico, 1994*. Bs. As., Ed. Las Tres Lunas, 1995.

Rossi, G. La locura en los niños, hacia finales del Siglo XIX en Bs. As., *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N°. 17, Bs. As., Ed. Polemos, 2008.

Rossi, G. Aportes a la clínica de las psicosis infantiles en de la Plata a comienzos del siglo XX, *Temas de Historia Psiquiatría Argentina*, N° 23, Ed. Polemos, Bs. As., 2006.

Rossi, G. Bases del Acompañamiento Terapéutico: La loc soledad, *Página 12*, Bs. As., 11/11/2004.

Rossi, G. El acompañamiento terapéutico y los dispositiv ternativos de atención en Salud Mental, *Revista de la Escu Psicología de la Universidad Michoacana San Nicolás de Hi* Michoacán, México, 10/2005.

Rossi, G. "El Día, más allá del Hospital"; en Bertra (Comp.). *Hospital de Día – Particularidades de la clínica*, B Edit Minerva, 2004.

Rossi, G. El psicoanálisis en la historia de la psiquiatría a tina, trabajo presentado en el *XV Congreso Argentino de* 1999, inédito.

Rossi, G. "Infancia y Patología Mental", Tesis del Siglo de la Facultad de Medicina de la UBA, en *Memorias de Jornadas de Investigación en Psicología UBA*, Bs. As., S. de I tigaciones, 2003.

Schneeroff, S. y Edelstein, S. *Manual didáctico sobre acom miento terapéutico*, Bs. As., Ed. Akadia, 2004.

Silvestre, M. *Mañana el psicoanálisis*, Bs. As., Ed Mana 1988.

Soler, C. *Estudios sobre las psicosis*, Bs. As., Manantial, 1992

Stagnaro, JC. y otros. "Institucionalización, Desinstituci zación, Post-institucionalización", Dossier en *Vertex, Rev. A tina de Psiquiatría*, N° 3, 1992.

Stagnaro, JC. Lucio Melendez y la primera matriz discipl de la Psiquiatría en Argentina, *Temas de Historia de la Psiqu Argentina*, N° 1, Bs. As., Ed. Polemos, 1997.

Stagnaro, JC. Cronicidad y cronificación, efecto de sujeto efecto social, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. IV 14, 1993, Bs. As.

Urueña, E. Aproximación a la Vulnerabilidad Social, Polít Públicas en la Infancia, presentado en las *1eras. Jornadas d Práctica Profesional "Fundamentos Clínicos del Acompañamien Terapéutico"*, F. de Psicología UBA, 2004. Inédito, Ficha bibliográfica de la Cátedra.

Vaschetto, E.(Comp.). *Depresiones y Psicoanálisis*, Bs As., Ed. Grama, 2006.

Vezetti, H. "La locura y la institución", en AA.VV. *Psicosis, clínica diferencial*, Bs. As., Ed Tekné. 1988.

Visacovsky, S. *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Bs. As, Ed. Alianza, 2002.

Winnicott, DW. *Realidad y Juego*, Bs. As., Ed. Gedisa, 1987.

Se terminó de imprimir en
Cosmos Offset SRL,
Coronel García 442 Avellaneda,
Buenos Aires, Argentina,
en el mes de junio de 2007.