



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

LAS VICISITUDES DEL ACOMPAÑAMIENTO
TERAPEUTICO EN LA PSICOSIS.

TRABAJO TERMINAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ALEJANDRO OLARTE RODRIGUEZ

ASESOR: TOMAS CORTES SOLIS

CO-ASESOR: MICHIKO SHIMADA SEKI

MEXICO, D. F.

JUNIO 2008.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES**

**Las vicisitudes del Acompañamiento Terapéutico
en la psicosis.**

**TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ALEJANDRO OLARTE RODRÍGUEZ

ASESOR:

TOMÁS CORTÉS SOLÍS.

CO-ASESOR:

MICHIKO SHIMADA SEKI.

México, D.F.

UAM-X

JUNIO 2008

A Karina Galán, mi divina y adorada Phoenix, gracias por el delirante misterio del amor, por mostrarme la alquimia de la belleza en tu mirada, por tu encantadora presencia y por el sentido de la vida.

A Michiko Shimada, gracias por tu amistad, por la formación y por tu *acompañamiento*, por Ítaca y por Kavafis.

A Yolanda y Justo, gracias por la vida y por haberme sostenido frente a todos los espejos.

A Christopher, *el enanito reparador de sueños*, simplemente gracias.

A Elizabeth y Ángel, gracias por todo.

A Armando Muñoz, gracias por estar conmigo a pesar de mí.

Ítaca

Si vas a emprender el viaje a Ítaca,
pide que tu camino sea largo,
rico en experiencias, en conocimiento.

A Lesgtrigones y Cíclopes,
o al airado Poseidón nunca temas,
no hallarás tales seres en tu ruta
si alto es tu pensamiento y limpia
la emoción de tu espíritu y tu cuerpo.

A Lestrigones y Cíclopes,
ni al fiero Poseidón hallarás nunca,
si no los llevas dentro de tu alma,
si no es tu alma quien ante ti los pone.

Pide que tu camino sea largo.
Que numerosas sean las mañanas de verano
en que con placer, felizmente
arribes a bahías nunca vistas;
detente en los emporios de Fenicia
y adquiere hermosas mercancías,
madreperla y coral, y ámbar y ébano,
perfumes deliciosos y diversos,
cuanto puedas invierte en voluptuosos y delicados
perfumes;

visita muchas ciudades de Egipto
y con avidez aprende de los sabios

Ten siempre a Ítaca en la memoria.

Llegar allí es tu meta.

Más no apresures el viaje.

Mejor que se extienda largos años;

y en tu vejez arribes a la isla

con cuanto hayas ganado en el camino,

sin esperar que Ítaca te enriquezca.

Ítaca te regaló un hermoso viaje.

Sin ella el camino no hubieras emprendido.

Más ninguna otra cosa puede darte.

Aunque pobre la encuentres, no te engañará Ítaca.

Rico en saber y en vida, como has vuelto,

Comprendes ya qué significan las Ítacas.

Konstantinos Kavafis¹

¹ Konstantinos Kavafis, *56 poemas. Kavafis*, pp. 23 y 24.

Índice

Resumen	6
Introducción	7
I. Notas metodológicas	9
II. Breve semblanza de la Salud Mental en México y de la institución psiquiátrica	13
III. Miradas en torno a la psicosis	22
a) Mirada psiquiátrica	22
b) En torno al diagnóstico	23
c) Miradas desde el psicoanálisis	24
IV. Acompañamiento Terapéutico.	
Perspectiva teórica e integración de caso	32
a) Origen del Acompañamiento Terapéutico	32
b) Objetivos del Acompañamiento Terapéutico	33
c) El trabajo del Acompañante Terapéutico	35
d) Funciones del Acompañante Terapéutico y su incidencia en el caso de Ileana	35
e) Características deseables en el Acompañante Terapéutico	46
f) Momentos del Acompañamiento Terapéutico y su narrativa en el Acompañamiento a Ileana	48
V. Comentarios de cierre	57
Bibliografía	
Anexos	

Resumen

En la presente investigación convergen los temas de la Salud Mental, la institución psiquiátrica, la psicosis, el psicoanálisis y el Acompañamiento Terapéutico.

Los tópicos de la Salud Mental y la institución psiquiátrica son abordados y problematizados en el contexto concreto de México. La psicosis se trabaja predominantemente desde la perspectiva del psicoanálisis partiendo de Freud para recorrer diferentes visiones teóricas hasta los planteamientos de Lacan.

El tema del Acompañamiento Terapéutico es desarrollado desde una perspectiva teórico-práctica ya que se establece un diálogo entre las propuestas teóricas y la experiencia de haber realizado un Acompañamiento Terapéutico, de manera que se pone singular énfasis en la implicación contratransferencial y en el impacto del Acompañamiento Terapéutico en la subjetividad del acompañante.

Palabras clave: Salud Mental, institución psiquiátrica, psicoanálisis, psicosis, Acompañamiento Terapéutico, contratransferencia.

Introducción

El Acompañamiento Terapéutico nace como una estrategia alternativa en el terreno de la psicosis, sin embargo dada su ductilidad es implementado también en otras parcelas del desamparo y el sufrimiento psíquicos, por ejemplo en pacientes con problemas de adicciones, en algunos casos de desordenes alimenticios, con pacientes terminales, etcétera. Sin embargo en la presente investigación nos enfocaremos particularmente el Acompañamiento Terapéutico en el ámbito de las psicosis, para ello es necesario realizar un abordaje desde diferentes perspectivas teóricas y metodológicas.

En el apartado de *Notas Metodológicas* abordamos ampliamente las vicisitudes singulares que se presentaron durante el desarrollo de la presente, se trabaja lo relativo a la justificación de la investigación, así como de los objetivos que se persiguieron durante el proceso, también se aborda el cómo y en qué circunstancias se realizó el presente trabajo.

En la sección de *Breve semblanza de la Salud Mental en México y de la institución psiquiátrica* se realiza una cronología de las instituciones encargadas de trabajar el rubro de la Salud Mental, desde el período de la Colonia hasta nuestro momento histórico, así mismo asumimos un posicionamiento crítico respecto a la misma institución, particularmente en lo tocante a los programas de las políticas gubernamentales en torno a la Salud Mental y a las instrumentaciones que respecto a ella se realizan en el ámbito de la Salud Pública.

Las Miradas en torno a la psicosis que trabajamos en el tercer apartado son particularmente la mirada psiquiátrica desde una perspectiva biologicista que pone énfasis en la psicofarmacología, respecto de la cual tomamos distancia a través de un posicionamiento crítico, por otro lado, abundamos en a los diferentes abordajes que se hacen de la psicosis desde el psicoanálisis donde revisamos el trabajo de diferentes teóricos, aunque nos enfocamos especialmente en los trabajos de Freud y Lacan, así como en la información obtenida en conferencias y simposios.

En el apartado donde trabajamos lo relativo al Acompañamiento Terapéutico hacemos una revisión de la historia y de los fundamentos del

Acompañamiento Terapéutico, así mismo integramos el caso de Acompañamiento que realizamos en el ámbito de la intervención de la que damos cuenta en la presente investigación, en este capítulo establecemos un dialogo entre la teórica del Acompañamiento Terapéutica y nuestra propia experiencia como acompañantes, de manera que en este apartado se asigna la mayor importancia a la vivencia contratransferencial del acompañante en relación a la paciente acompañada y al proceso de acompañamiento en sí.

En el quinto apartado cerramos la investigación haciendo un balance de la experiencia así como de lo que se logró y lo que no se logró durante el proceso.

I. Notas metodológicas

Sólo hay que revisar la bibliografía existente en torno a la psicosis para constatar que se han derramado ríos de tinta en el intento de arrojar luz sobre este particularmente oscuro objeto de estudio. En este sentido hay que destacar que la problemática de la psicosis se abordará sólo de manera tangencial debido a que, al margen del enfoque que se realice sobre la psicosis, el tema rebasa mis posibilidades de abordaje.

Por otra parte el Acompañamiento Terapéutico en la psicosis resulta un tópico más viable en el sentido de que permite un acercamiento pragmático a la clínica psicoanalítica, así como a la gnoseología de la psicopatología y a los diferentes parámetros de categorías psiquiátricas; por otro lado, abre la posibilidad de realizar una intervención en la realidad y de esta manera, poder dar cuenta de mi implicación en todo un proceso de formación teórica y técnica, e inclusive, práctica en el acompañamiento de un paciente con psicosis.

Por otro lado, la propuesta del Acompañamiento Terapéutico es más o menos reciente, data finales de la década de los años 60 y a principios de los 70² en Argentina, país donde más se ha desarrollado esta práctica, mientras que en México no es hasta el 2006 que se publica formalmente el libro de *Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico*, en una coedición de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro y Plaza y Valdés Editores, en este sentido cabe destacar que en la UAM-X existen dos tesis relativas al tema; sin embargo sobra decir que la bibliografía producida en México es sumamente escasa, lo que a su vez sugiere que en el ámbito de la investigación académica es un tópico poco desarrollado.

En el terreno de la construcción metodológica Hammersley y Atkinson³ sostienen que *la investigación comienza siempre con el planteamiento de un problema o grupo de problemas*. En este sentido en un primer momento se pretendía tratar de *dar cuenta de los efectos terapéuticos del Acompañamiento Terapéutico en la psicosis*; sin embargo, al reflexionar

² Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky. *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica*, p. 27

³ Martyn Hammersley y Paul Atkinson, *Etnografía. Métodos de investigación*, p. 40

sobre ese planteamiento resultó inviable en varios sentidos. Primero, una imposibilidad de tiempo, en el sentido de que el acompañamiento terapéutico con un paciente puede ser cosa de años, por tanto resulta impensable poder *registrar* los efectos terapéuticos que un acompañamiento de algunos meses pudiera provocar. Segundo, pretender *dar cuenta de los efectos terapéuticos del Acompañamiento Terapéutico en la psicosis* implica, por un lado, una formación y experiencia clínica con la que no cuento aun, consecuencia de estas consideraciones este primer planteamiento fue desechado.

Lo anterior implicó la construcción de un nuevo planteamiento que retuviera los dos elementos importantes para mí: la psicosis y el Acompañamiento Terapéutico. De manera que el planteamiento del problema de investigación es el siguiente: se pretende *dar cuenta de los diferentes momentos del proceso de un Acompañamiento Terapéutico a un paciente con psicosis, así como de la implicación subjetiva de un acompañante terapéutico en dicho proceso*; de manera que este nuevo planteamiento parte de la narrativa de mi propia implicación en cada fase del proceso como la fuente de información por excelencia.

En cuanto al acercamiento a la teoría y la técnica del Acompañamiento cabe mencionar que de marzo a julio del 2007 asistí al “Seminario sobre Acompañamiento Terapéutico” en el Centro Psicoanalítico Montealbán⁴ A.C., dicho seminario constó de los siguientes módulos:

1. Dispositivo y abordaje de pacientes psicóticos en el Centro.
2. Fenomenología de los Delirios.
3. Conceptos fundamentales de la teoría y clínica psicoanalítica de las psicosis y su relación con el acompañamiento terapéutico I.
4. Conceptos fundamentales de la teoría y clínica psicoanalítica de las psicosis y su relación con el acompañamiento terapéutico II.

Por otro lado a fin de buscar la posibilidad de llevar a cabo un Acompañamiento Terapéutico, a sugerencia de mi asesora, contacté al psicoanalista Gustavo Ordáz, miembro del Consejo Directivo de la Clínica

⁴ El Centro Psicoanalítico Montealbán es uno de los pocos espacios enfocados a la investigación y formación en “La Clínica Psicoanalítica de la Psicosis” y, a saber, es el único Centro que cuenta con un Diplomado para formación de Acompañantes Terapéuticos.

Cádiz, ubicada en la calle de Parroquia en la Colonia del Valle, en la Ciudad de México. Dicho contacto se llevó a cabo en septiembre, de hecho, metodológicamente hablando, la entrevista⁵ con Gustavo Ordáz se considera la entrada al campo. La negociación fue positiva en el sentido de que en primera instancia se acordó que yo podría participar como tercero en un acompañamiento terapéutico, es decir, el paciente con psicosis, el acompañante y el que escribe; de manera que se planteaba concretamente una intervención a nivel de una observación no participante. Sin embargo, finalmente se acordó que yo tuviera injerencia directa y realizara el acompañamiento terapéutico, lo que para efectos metodológicos se tradujo en una intervención a nivel de una observación participante, con la singularidad de que lo observado sería mi propia implicación contratransferencial en el proceso del acompañamiento.

Hay que señalar que la paciente es una pintora y en atención a ello y en respeto a su intimidad me reservo su nombre de manera que en lo sucesivo será llamada Ileana. A mediados de octubre del 2007 tuve mi primer entrevista con Ileana a fin de ver cómo se sentía ella conmigo y de verificar si efectivamente yo podía llevar a cabo el acompañamiento. El primer encuentro con Ileana fue también positivo y de ello da testimonio la entrevista “Primer encuentro con Ileana”⁶.

Ficha de inicio de Acompañamiento:

Nombre del paciente: Ileana

Edad: 45 años

Nombre del psicoterapeuta y/o psiquiatra: Gustavo Ordáz

Institución de referencia: Clínica Cádiz

Lugar que ocupa en la familia: Es la hermana mayor de 4 hermanos, dos hombres y dos mujeres.

Cónyuge: No hay.

Hijos: No hay.

Padre-Madre: Vivos, actualmente separados, residentes en Argentina.

Diagnóstico: Psicosis Maniaco-Depresiva.

⁵ Ver Anexo I

⁶ Ver Anexo II

Tipo de tratamiento: una sesión de análisis a la semana, una sesión con médico psiquiatra cada 15 días y dos sesiones de acompañamiento terapéutico a la semana.

Para la realización de la presente investigación se utilizó la metodología cualitativa y los instrumentos metodológicos utilizados fueron, la entrevista a profundidad, observación participante y el análisis contratransferencial de mi propia implicación en los diferentes momentos del proceso.

II. Breve semblanza de la Salud Mental y de la Institución Psiquiátrica en México.

Para tener una visión del panorama de la psicosis hay que revisar la evolución de las instituciones encargadas de tratarla, para ello nos remontamos al periodo de la Colonia, en este sentido el *Programa de Acción en Salud Mental*⁷, sostiene que

... en la época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los dementes, que mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. El primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue el de san Hipólito, fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera; posteriormente en 1698 José Sáyo fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado.

En 1794 se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén y en 1860 se establecieron en esa ciudad dos asilos [...]; mientras en Monterrey, en el mismo año se fundó el Hospital Civil, dentro del cual se dedicó a los enfermos mentales una sección. En 1898 se estableció el Manicomio Estatal en Orizaba Veracruz y en 1906 el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en Mérida, Yucatán.

En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas entre ellas el sanatorio del Doctor Rafael Lavista en Tlalpan en 1898 y los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, en Zapopan, Jalisco, que sigue funcionando y en junio de 1910 abrió sus puertas el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla. En 1949 se inauguró la Clínica San Rafael, en Tlalpan, D.F., y es hasta nuestros días uno de los centros privados más

⁷ Documento directriz de las políticas sanitarias en el terreno de la Salud Mental y de las instituciones psiquiátricas del sector público en México en durante el periodo administrativo del 2000 – 2006. Fuente: <http://sersame.salud.gob.mx/indexa.html> Fecha de consulta: 14 01 08.

importantes del área metropolitana en lo que se refiere a la atención psiquiátrica privada.

En 1910 el entonces presidente de la República Mexicana Porfirio Díaz inaugura en terrenos de la Hacienda “La Castañeda”, en Mixcoac, en la Ciudad de México, el Manicomio General, que durante décadas prestó atención a los asilados; el tratamiento que se dio a enfermos mentales fue semejante al que se prestaba en otros países, ya que también se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos mentales era consecuencia natural, inexorable del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono. En la década de los años veinte se fundó el pabellón de niños en ese hospital. A partir de 1930 otros sanatorios privados como el del Doctor Samuel Ramírez Moreno, que cerró su puertas en 1961 y el Sanatorio Floresta, del Doctor Alfonso Millán intentaron subsanar en cierto grado la deficiente atención de los enfermos mentales que otorgaba el Estado. De 1940 a 1950 se crearon hospitales del sector público relacionados con la medicina institucional y de seguridad que generaron los primeros esquemas institucionales de atención a los problemas de salud mental en México y de práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud; en este sentido, en 1942 se creó el servicio de psiquiatría del Hospital Español en la Ciudad de México con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos; todo esto con participación en la enseñanza universitaria, en el seno de un hospital general de 400 camas con adecuadas instalaciones y todas las especialidades. En 1952 se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud.

El mismo *Programa de Acción en Salud Mental*⁸ señala fue hasta el periodo administrativo de 1947-1951 que se generó *el primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la*

⁸ <http://sersame.salud.gob.mx/indexa.html> Fecha de consulta: 14 01 08.

*atención de personas con padecimientos mentales*⁹, dicho programa buscaba básicamente *crear las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental*¹⁰; sin embargo llama la atención que el mismo texto reconoce dicho programa ha sido interpretado y aplicado desde diferentes directrices teórico metodológicas que han dependido de las prioridades de cada administración. La visión programática se interrumpe entre los años 1952-1958 y se reestablece en 1959 cuando se despliegan las siguientes acciones:

... el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, especialmente de tipo granja, creándose seis unidades: tres en el Valle de México y otras en Sonora, Oaxaca y Tabasco. También se realizaron actividades de promoción a la salud mental, se auspició el entrenamiento de recursos humanos y se efectuó investigación sobre trastornos mentales en México; durante este período, en 1964 abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde su inicio contó con un espacio con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría con buen funcionamiento y aceptación, hasta que entre 1970 y 1971 por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron¹¹.

Entre 1964 y 1970 se reestructuran los servicios de salud mental del Estado y surge la Dirección de Salud Mental con la consigna de realizar una reforma en la atención psiquiátrica hospitalaria, que consistía en instrumentar el cierre de “La Castañeda” y en crear seis hospitales especializados en psiquiatría

...que tuvieron como principal objetivo mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que les permitiera desarrollar, a través de actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, diversas alternativas para su reintegración social. En esta operación se funda el

⁹ *Loc. cit.*

¹⁰ *Loc. cit.*

¹¹ *Loc. cit.*

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. [...] El proceso fue culminado en 1968 y en conjunto las seis unidades dispusieron de 3,030 camas¹².

La Dirección de Salud Mental se mantuvo durante el período de 1970-1976; también se inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, dependiente del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), dicho instituto dio prioridad a la consulta externa de niños y adolescentes. Actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental y depende de la Secretaría de Salud.

Posteriormente en el período administrativo de 1976-1982 los servicios de salud mental del Estado se programaron por la Dirección General de Salud Mental, cabe destacar que durante este período, en 1979 se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría que *desarrolla modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados; uno de estos programas se puso en operación de 1980 a 1982 en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” e incluyó tratamiento intrahospitalario, participación de la familia y seguimiento extrahospitalario*¹³.

Por su parte durante la administración de 1982-1988 se llevan a cabo reformas legales sustantivas en el sector salud y particularmente *los servicios de psiquiatría y salud mental, que hasta entonces dependían operativamente de la Dirección General de Salud Mental, se transfirieron a las autoridades estatales de salud y en el nivel central solo se mantuvieron las atribuciones de tipo normativo*¹⁴. Durante este período en 1986 se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones.

Durante la administración de 1988-1994 *se mantiene el mismo esquema de administración y estructura; sin embargo se logra identificar la necesidad de apoyar los servicios a partir de iniciativas y recursos provenientes de nivel central, en virtud del limitado respaldo que se les asigna por parte de los estados*¹⁵; en este contexto es que desde la Secretaría de Salud se forma un cuerpo colegiado para impulsar la instrumentación de servicios especializados

¹² *Loc. cit.*

¹³ *Loc. cit.*

¹⁴ *Loc. cit.*

¹⁵ *Loc. cit.*

en el ámbito de la salud mental: la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental.

La siguiente administración de 1994-2000 se reforma nuevamente el Sector Salud, en la letra de la reforma se *destaca la importancia de la salud mental como elemento fundamental que determina cada una de las actividades de los seres humanos*¹⁶, de manera que enfatiza la necesidad de *una mayor apertura y el compromiso de las familias, la comunidad y la sociedad en general*¹⁷ a fin de lograr *promover la salud mental y reducir los efectos sociales que son producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta*¹⁸. Hay que destacar que en este periodo, en 1995, se genera la *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994*¹⁹, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, que plantea las directrices que se siguen hasta la fecha en el ámbito de los servicios de salud mental del Estado, por otro lado es la letra de esta norma lo que inspira de fondo *El modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental*.

La administración del 2000-2006 continuó la visión programática de la administración anterior e instituyó *El modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental* que tiene como objetivo fomentar las intervenciones rehabilitatorias y el trabajo comunitario, esto con la finalidad *de reducir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización*²⁰. Se plantea que el espíritu de este modelo tiene su antecedente en la reforma psiquiátrica italiana que tuvo lugar en la ciudad de Trieste en 1977 que, según el documento citado²¹, se caracterizó por:

- Desaparición gradual de hospitales psiquiátricos
- Diseño de nuevos servicios comunitarios considerados como alternativos a los hospitales psiquiátricos y no como complementarios y adicionales a ellos

¹⁶ *Loc. cit.*

¹⁷ *Loc. cit.*

¹⁸ *Loc. cit.*

¹⁹ Ver Anexo III

²⁰ <http://sersame.salud.gob.mx/indexa.html> Fecha de consulta: 14 01 08.

²¹ *Loc. cit.*

- La psiquiatría hospitalaria se concibe como un elemento de apoyo al cuidado comunitario.
- Se busca la integración y coordinación, entre los servicios de atención de cada área geográfica, como centros de salud, unidades de hospitalización, centros de soporte social, alojamientos protegidos, etc.

En este sentido se plantea que el “Modelo Hidalgo” *contempla la creación de nuevas estructuras de atención y está basado en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral médico-psiquiátrica con calidad y calidez*²².

Tocante a la presente administración 2006-2012, cabe mencionar que en el marco de la presente investigación se realizaron dos Solicitudes de Información²³ Pública al Gobierno Federal en el contexto de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en una de ellas se preguntaba sobre la política gubernamental respecto a la Salud Mental, la respuesta fue la siguiente:

En relación a la política gubernamental para la salud mental, se encuentra sustentada en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Nacional de Salud, así como en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el D.O.F. el 19 01 04 que señala que todo lo que compete a los Hospitales Psiquiátricos Estatales estará regulado por el Consejo Nacional de Salud Mental y lo propio a los Hospitales Psiquiátricos Federales del D.F corresponde a los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Por otra parte, se preguntó respecto al Programa Nacional de Salud 2007-2012, a lo que el titular de Servicios de Atención Psiquiátrica respondió que el programa se encontraba aun en proyecto y que era parte del Plan Nacional de Salud; bien en este sentido hay que puntualizar que la presente administración carece de un Programa de Atención en Salud Mental, y que

²² Loc. cit.

²³ Ver Anexo IV

respecto a la Salud Mental sólo se hace una breve mención en el Programa Nacional de Salud 2007-2012²⁴ que se reproduce a continuación:

ESTRATEGIA 5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud

5.9 Fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental

Los crecientes problemas de salud mental que afectan a la población mexicana exigen del desarrollo de modelos innovadores de atención, tanto en el nivel ambulatorio como hospitalario. Esto requiere de la movilización de mayores recursos para la atención de estos problemas, la formación de personal especializado y el diseño de fórmulas que faciliten la participación de la población en la detección y apoyo de las personas afectadas.

Con el propósito de fortalecer los modelos innovadores de atención a la salud mental se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Integrar una red nacional de salud mental, conformada por unidades especializadas de atención, organizadas bajo un modelo comunitario.
- Reorganizar y fortalecer la atención en salud mental del sector, para que se brinde atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación especializada de pacientes con trastornos mentales.
- Implantar estructuras de hospitalización, breve como villas de transición hospitalaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales en todas las entidades federativas.
- Instrumentar programas de rehabilitación psico-social (talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y centros básicos de abasto) dentro de las unidades hospitalarias y fuera (casas de medio camino, cooperativas mixtas, talleres protegidos, departamentos independientes, residencias para adultos mayores).
- Incorporar al CAUSES intervenciones que respondan a las principales necesidades de servicios de salud mental.

Cabe mencionar que el análisis de la Salud Mental y de la institución psiquiátrica en México podría configurar en sí toda una línea de investigación, pero para efecto de la presente basta con puntualizar que si bien la atención a la Salud Mental ha sido siempre deficiente, a partir del período de 1982-1988, con el ingreso de la visión neoliberal a la administración pública, las

²⁴ http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

políticas relativas a la salud pública en general y particularmente en lo tocante a la salud mental se evalúan sólo en términos de costo-beneficio; en ese sentido es que las instituciones encargadas de la atención a la salud mental comienzan a descentralizarse y en el discurso gubernamental aparecen términos como *apertura y mayor compromiso de la familia y de la comunidad*, lo que se traduce en un abandono paulatino pero constante de los mecanismos asistenciales del Estado en el ámbito de la salud pública, en general y particularmente de la salud mental; esta situación queda manifiesta en el discurso mismo, mientras que la administración anterior programó un Plan de Acción en Salud Mental que plasmó en un documento de casi 200 páginas, la presente administración le dedica al tema menos de una cuartilla en un documento de casi 200 hojas, el Plan Nacional de Salud 2007-2012.

Por otra parte la exposición cronológica de los avatares de institución psiquiátrica en México da cuenta de fondo de una ausencia de programas sostenibles, ya no digamos de una completa falta de continuidad de una administración a otra... la única constante clara es que desde 1982 a la fecha los servicios de salud pública se han liberalizado, a grado tal que a los enfermos ya no se les llama pacientes sino usuarios. Situación singularmente problemática en el ámbito de la Salud Mental, en el sentido de que ésta no resulta buen negocio ya que el enfermo mental, en general, se caracteriza por su poca o nula productividad económica; lo que en un momento dado se traduciría para el enfermo en un mayor grado de marginación, indefensión y desamparo.

Por otra parte hay que mencionar que la institución psiquiátrica en México y tal vez en la mayor parte del mundo, no tiene como intención la rehabilitación de los enfermos, sino el control de los sujetos y la marginación de la anormalidad; en este sentido la institución psiquiátrica es más bien un espacio de reclusión que nada, o muy poco, tiene de terapéutico, al menos es obvio que la reclusión no es terapéutica como tampoco lo son los fármacos, camisa de fuerza química e invisible, con los que los pacientes son domesticados y condicionados para seguir las reglas disciplinarios en los psiquiátricos y las reglas disciplinarias sociales fuera de ellos.

En este sentido cabe citar a Franco Basaglia, instrumentador de la reforma psiquiátrica de Trieste cuando al hablar de las *instituciones de la violencia: la cárcel y el manicomio*, puntualiza²⁵:

... las instituciones públicas no sirven en absoluto [...]. La cárcel no sirve para la rehabilitación del encarcelado, así como tampoco el manicomio sirve para la rehabilitación del enfermo mental. Ambos responden a una exigencia social, quiero decir del sistema social que tiene como fin último la marginación de quien rompe con el juego social. [...]

Nuestra sociedad, tal como está organizada, no está hecha a la medida del hombre sino que está hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, está hecha solamente pensando en la eficiencia productiva. Pues bien quien no responde a este juego social es marginado.

Aprovechando la condición de estas personas, que deriva de la trasgresión de las normas realizada por el encarcelado y de la enfermedad en caso del enfermo, ambos son tratados no por lo que realmente son sino por la molestia social que causan.

De lo anterior resulta claro que el espíritu de la reforma psiquiátrica de Trieste se plantea pensando en la dignidad, en la búsqueda de rehabilitación y en la reintegración social de los sujetos, no en deshacerse de rubros molestos que resultan demasiado caros para administración pública.

Desde donde se vea la Salud Mental y la institución psiquiátrica plantean serías problemáticas que han de abordarse de forma crítica e interdisciplinaria ya que no hay soluciones fáciles en el terreno en que nos ocupa. Es un hecho que las instituciones del Estado no pueden dar solución a la problemática, pero tampoco la privatización de los espacios de salud puede ser una alternativa, menos en el campo de la Salud Mental; entonces el reto es construir los caminos alternativos a través de los cuales sea posible hacer que el problema circule y eventualmente pueda solucionarse de manera progresiva.

²⁵ Franco Basaglia, *Razón, Locura y sociedad*, pp. 16 y 17.

III. Miradas en torno a la Psicosis

No hay acercamiento a la psicosis que quede exento de ansiedad... Pensar la psicosis implica el enfrentamiento con lo real, con aquello que ha quedado fuera de la posibilidad de metaforización, aquello que no pudo llegar a ser simbólico y en ese sentido, representado. La psicosis al ser una manifestación exacerbada del conflicto psíquico es un punto de partida indispensable para la reflexión sobre la patología; sin embargo desde este momento es importante señalar que nuestro acercamiento a la patología no es desde el paradigma psiquiátrico clásico sino que entendemos la patología como la expresión y manifestación del sufrimiento de un sujeto concreto en su dimensión histórico-social.

a) Mirada psiquiátrica

Elisabeth Roudinesco²⁶ sostiene que a partir de la década de los años 50 se modificó *el paisaje de la locura* como consecuencia de la introducción de psicotrópicos, de manera que se *vaciaron los asilos y se sustituyeron la camisa de fuerza y los tratamientos de shock por la envoltura medicamentosa*. Y puntualiza que

Aunque no curan ninguna enfermedad mental o nerviosa, revolucionaron las representaciones del psiquismo fabricando a un hombre nuevo, liso y sin humor, extenuado por la evitación de tus pasiones, avergonzado de no ser conforme al ideal que le proponen [...] Los psicotrópicos tienen por resultado normalizar la conducta y suprimir los síntomas dolorosos del sufrimiento psíquico sin buscar su significación²⁷.

De lo anterior se deriva que el paradigma psiquiátrico trabaja en pos de una normalización de los sujetos de acuerdo a parámetros ajenos a sí mismos, por otra parte la psiquiatría también busca un origen orgánico para los padecimientos mentales escindiendo así al sujeto de su dimensión histórica, social, económica, política y familiar. En ese sentido la visión psiquiátrica se

²⁶ Elisabeth Roudinesco. *¿Por qué el psicoanálisis?*, p. 21

²⁷ *Loc. cit.*

enfoca en el síntoma y busca eliminarlo, considera que el síntoma es el problema en sí mismo y no la punta del *iceberg* de un proceso mucho más complejo.

b) En torno al diagnóstico

En este sentido nos distanciarnos del paradigma psiquiátrico lo que por otra parte implica necesariamente redimensionar la cuestión del diagnóstico, que más que pretender abarcar la problemática del sujeto, es la reacción frente a la angustia que despierta el conflicto psíquico encarnado en el otro; de manera que no sorprende que existan una serie de manuales que pretenden encasillar el conflicto psíquico en una estadística, llamándolo trastorno o enfermedad, lo que implica negar tanto la realidad histórica como el contexto social del *enfermo*, inevitablemente privado de su calidad de sujeto. Sin embargo es una realidad innegable el hecho de que los sujetos son diagnosticados en instituciones psiquiátricas de manera que se les impone el estigma nosológico de un manual psiquiátrico basado en estadísticas, con todas las consecuencias que de ello derivan, a saber, el internamiento en la institución psiquiátrica y la utilización del fármaco, entre otras.

En este sentido también nos enfrentamos con el hecho de que las estructuras psíquicas desde el psicoanálisis, hacen las veces de diagnóstico, situación que nos coloca en una disyuntiva incómoda; lo que nos impone plantear las diferencias entre el diagnóstico psiquiátrico, que se ubica dentro del campo de la medicina y el diagnóstico psicoanalítico, donde en el primero *es habitual tratar de establecer correlaciones entre la especificidad de los síntomas y la identificación de un diagnóstico*,²⁸ lo que es válido siempre que se presenten regularidades causales en el organismo en el que existe una constancia relacional de causa-efecto. Por otro lado tocante al diagnóstico en psicoanálisis, Joël Dor²⁹ sostiene que en la clínica analítica, el acto diagnóstico es por fuerza, al comienzo, *un acto deliberadamente planteado en suspenso y consagrado a un devenir*: Resulta casi imposible determinar con seguridad una *evaluación diagnóstica* sin el apoyo de cierto

²⁸ Joël Dor, *Estructuras clínicas y psicoanálisis*, p. 21.

²⁹ *Ibid.*, p. 18.

tiempo de análisis. Sin embargo, es preciso determinar lo más pronto posible una posición diagnóstica para decidir la orientación de la cura.

En este sentido hay que tener en cuenta que a pesar de que el determinismo psíquico existe, éste no se ajusta a correlaciones causales estables; luego *no es posible establecer previsiones, como resulta habitual en las disciplinas biológicas y en particular médicas.*³⁰ Entonces en el campo del psicoanálisis, evidentemente hablamos de diagnóstico, pero sólo en el sentido de una hipótesis que habrá que corroborarse -y en su caso reorientarse- en el curso del análisis; y sí existe, es para *decidir la orientación de la cura* y no para estigmatizar a un sujeto.

Aclarado lo anterior, podemos delinear la estructura de este apartado, en primera instancia tratamos de cuestionarnos en relación a la gestación de la psicosis para lo cual nos auxiliamos de diferentes visiones que se plantean desde el psicoanálisis.

c) Miradas desde el psicoanálisis

“Nadie quien quiera se vuelve loco”³¹

En primera instancia abordaremos los planteamientos que buscan responder al gran cuestionamiento respecto a la etiología de la psicosis. Tocante a esto Freud en su célebre “Caso Schreber” señala³²:

Creo que ya no nos revolveremos más contra el supuesto de que la ocasión de contraer la enfermedad fue la emergencia de una fantasía de deseo femenina (homosexual pasiva), cuyo objeto era la persona del médico. La personalidad de Schreber le contrapuso una intensa resistencia, y la lucha defensiva, que acaso habría podido consumarse igualmente en otras formas, *escogió por razones para nosotros desconocidas,*³³ la forma del delirio persecutorio. El ansiado devino

³⁰ *Ibid.*, p. 21.

³¹ Frase que Jaques Lacan escribió en las paredes de su habitación durante su residencia de especialidad en el hospital Sainte Anne. Alberto Montoya, *Paisajes de la locura*, 2006, p. 25.

³² Sigmund Freud, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente* (1911), p. 45.

³³ Las cursivas son nuestras.

entonces el perseguidor, y el contenido de la fantasía de deseo pasó a ser el de la persecución.

De la cita anterior destacamos que Freud asocia la emergencia de la paranoia como el resultado de *la lucha defensiva* de Schreber con su *fantasía de homosexualidad pasiva*, sin embargo, reconoce que esta *lucha defensiva* alcanzó el destino de la paranoia por razones desconocidas; entonces estamos ante una descripción de lo que va a ser un cierto patrón³⁴ que asocia la paranoia con una homosexualidad rechazada, en este sentido Freud apunta que *el carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona precisamente, con un delirio de persecución de esa clase*³⁵, pero esta asociación a pesar de orientarnos en lo referente a la paranoia, no constituye una propuesta etiológica de las psicosis. Siguiendo a Freud con Schreber encontramos una pista más:

Personas que no se han soltado por completo del estadio del narcisismo, vale decir, que poseen {*besitzen*} allí una fijación que puede tener el efecto de una predisposición de libido que no encuentre otro decurso someta sus pulsiones sociales a la sexualización, y de ese modo deshaga las sublimaciones que había adquirido en su desarrollo.³⁶ [...] un acrecentamiento general de la libido demasiado violento para que pueda hallar tramitación por los caminos ya abiertos, y que por eso rompe el dique en el punto más endeble del edificio. Puesto que en nuestros análisis hallamos que los paranoicos *procuran defenderse de una sexualización así de sus investiduras pulsionales sociales*, nos vemos llevados a suponer que el punto débil de su desarrollo ha de buscarse en el tramo entre autoerotismo, narcisismo y homosexualidad, y allí se situará la predisposición patológica...

De acuerdo a lo anterior tenemos entonces que el dique se rompe por lo más frágil y eso más frágil se encuentra en un momento que tiene lugar entre el autoerotismo, el narcisismo y la homosexualidad. Siguiendo esta línea, el autoerotismo nos remite a que la pulsión sexual se satisface en el propio cuerpo, es decir que hay una falla en cuanto a la percepción del mundo

³⁴ Alberto Montoya, *Op. cit.*, p. 15.

³⁵ Sigmund Freud, *Op. cit.*, p. 55.

³⁶ *Ibid.*, p. 57.

exterior;³⁷ por otro lado, el autoerotismo implica la actividad de mociones pulsionales parciales que se satisfacen en zonas erógenas aisladas.

En cuanto al narcisismo podemos decir con Freud que la libido es sustraída del mundo exterior³⁸ y reconducida al yo, se presenta un replegamiento³⁹ de las investiduras de objeto, lo que produce: *una sobreestimación del poder de sus deseos y de sus actos psíquicos, la <<omnipotencia de los pensamientos>>, una fe en la virtud ensalmadora de la palabras y una técnica dirigida al mundo exterior, la <<magia>>, que aparece como una aplicación consecuente de las premisas de la manía de grandeza.*⁴⁰ Aquí nos encontramos ya en el terreno del extrañamiento de la realidad externa y del delirio caracterizan a las psicosis. Cabe apuntar aquí la postura que Freud sostuvo respecto a las psicosis, que él denominó *parafrenias*: *Los enfermos que he propuesto designar <<parafrénicos>> muestran dos rasgos fundamentales de carácter: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior (personas y cosas). Esta última alteración los hace inmunes al psicoanálisis, los vuelve incurables para nuestros empeños.*⁴¹ Aunada al narcisismo, está la elección de objeto narcisista, que consiste en la búsqueda de sí mismo como objeto de amor.⁴² Aquí la situación se va aclarando respecto a las características de la psicosis, pero también se complejiza más en cuanto que parece que es algo que está más allá de las posibilidades del psicoanálisis y consecuentemente de la cura.

Hasta este momento hemos seguido a Freud en la búsqueda de la etiología de la psicosis y si bien hemos logrado una mejor comprensión de las particularidades que la caracterizan, no hemos logrado dilucidar qué es lo que provoca que alguien se vuelva psicótico y otro no.

Por su parte, respecto a qué es lo que genera la psicosis Philippe Julien acota: *No hay psicogénesis de la psicosis, si se entiende por génesis un movimiento inmanente que conduce necesariamente a tal o cual término.*⁴³ El

³⁷ ... el mundo exterior no es percibido de ningún modo, o bien su percepción carece de toda eficacia. Sigmund Freud, *Neurosis y Psicosis* (1924), p. 156.

³⁸ Sigmund Freud, *Introducción al Narcisismo* (1914), p. 72.

³⁹ *Ibid.*, p. 73.

⁴⁰ *Loc. cit.*

⁴¹ *Ibid.*, p. 72.

⁴² *Ibid.*, p. 85.

⁴³ Philippe Julien, *Psicosis, perversión, neurosis. La lectura de Jaques Lacan* (2002), p. 45.

mismo autor señala que cualquier sujeto es prepsicótico hasta que se psicotiza, es decir que el sujeto aparentemente muestra un equilibrio y una funcionalidad en su vida cotidiana hasta que se presenta la psicosis como una respuesta al acontecimiento y puntualiza: *puede ser que el acontecimiento, como encuentro con lo real, trastorne ese equilibrio.*⁴⁴ Ese equilibrio suponía una *coincidencia entre saber y verdad*,⁴⁵ de manera que el encuentro con aquello que es *definido como lo imposible*, con aquello que *no puede ser completamente simbolizado en la palabra o la escritura*⁴⁶ rompe el equilibrio anterior. Explicando esta situación Julien⁴⁷ continua: *Para que una psicosis llegue a dar respuesta, se requiere ante todo la co-incidencia (en griego síntoma) de dos <<caídas>>, el encuentro de dos elisiones, una en lo imaginario, la otra en lo simbólico: yuxtaposición de dos agujeros.*

Entonces a pesar de que no hay psicogénesis de la psicosis Julien en su lectura de Lacan nos brinda algunas pistas importantes respecto al origen de la psicosis... Freud nos hablaba de que algo pasa en un momento entre el autoerotismo y el narcisismo, y lo que pasa entre esos momentos es, desde Lacan, el *estadio del espejo*, durante el cual *el niño se vive al principio como despedazado, no hace ninguna diferencia entre lo que es él y el cuerpo de su madre, entre él y el mundo exterior*;⁴⁸ así paulatinamente y gracias al sostenimiento que le da la función materna frente al espejo, el niño va reconociendo su imagen frente al espejo y con júbilo vuelve a su madre para que autentifique ese descubrimiento... Así la madre, sí lo mira, sí lo nombra, permite que el niño encuentre *un rango en la familia, la sociedad, el registro simbólico.*⁴⁹

Entonces podemos pensar que la elisión en lo imaginario tiene que ver con que la imagen que el niño logra de sí es una imagen debilitada y desvanecida, ya sea porque no fue sostenido frente al espejo o porque no fue erotizado en la autentificación de su descubrimiento, el punto es que el niño queda confundido y no es capaz de tener una inscripción en el registro

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 46.

⁴⁵ *Loc. cit.*

⁴⁶ Roland Chemama, *Diccionario del Psicoanálisis* (2004), p. 579.

⁴⁷ Philippe Julien, *Op. cit.*, p. 47.

⁴⁸ Roland Chemama, *Op. cit.*, p. 345.

⁴⁹ *Loc. cit.*

imaginario, luego su imagen como la del otro, en lugar de ser referentes son fuentes de desconcierto. Al respecto Julien sostiene que *el pasaje requiere que en el Otro, lugar de los significantes, lugar que Freud llama Unbewußte, se inscriban para el sujeto los significantes fundamentales de la experiencia humana, en particular el de la paternidad: el Nombre-del-Padre.*⁵⁰ Siguiendo esta idea pensamos que la elisión en lo imaginario tiene que ver con que el deseo de la madre no es sustituido por la función del padre, por tanto el sujeto queda dentro del campo del deseo de la madre lo que a su vez impide que se desarrolle la dialéctica edípica y que el sujeto alcance la inscripción en la represión originaria.⁵¹ Entonces el Otro garante de la ley, no lo es en absoluto, en vez de ser el lugar de los significantes *fundamentales* es el lugar de las dudas desquiciantes, como consecuencia esta invocación situada en el Otro, lugar de los significantes primordiales, no es recibida por el sujeto. Esos significantes son forcluidos, abolidos, sin *Bejahung* posible. Conminado a concordar con tal o cual significante fundamental, *allí mismo* donde hay elisión de las significaciones en lo imaginario, el sujeto no puede responder: hay elisión en lo simbólico.

La elisión en lo imaginario conlleva a la elisión en lo simbólico, en el lenguaje... en el lazo social. Respecto al significante del Nombre-del-Padre, Julien señala, *este significante no es transmitido al sujeto ni por un hombre que se declara padre, ni por la sociedad política o religiosa, sino por el deseo de la madre, en cuanto mujer.*⁵² Así es la madre quien funda a ese padre al inscribirlo como Nombre en el inconsciente de su hijo;⁵³ luego, lo que sucede cuando el Nombre-del-Padre queda forcluido es que las preguntas fundamentales, como qué es ser niño o niña o padre o madre, nunca tienen una respuesta y frente a esa falla se adicionan significantes y más significantes hasta que en un momento dado, el acontecimiento, el enfrentamiento con lo real rompe esa cadena falsa de significantes y la psicosis es la respuesta al acontecimiento, bajo esta perspectiva, el

⁵⁰ Philippe Julien, *Op. cit.*, p. 48.

⁵¹ Roland Chemama, *Op. cit.*, p. 458.

⁵² Philippe Julien, *Op. cit.*, p. 53.

⁵³ Philippe Julien, *Op. cit.*, p. 65.

acontecimiento puede ser prácticamente cualquier cosa: una muerte, un nacimiento, una traición, una boda, un despido, un ascenso, etcétera⁵⁴.

En este contexto dice Julien que Lacan en 1973, gracias a la topología del nudo formuló una definición de la psicosis: *el desanudamiento de las tres consistencias*; también dice que en 1975 Lacan precisó⁵⁵:

La psicosis es el no anudamiento de tres; pero esta negación puede significar no sólo ese desanudamiento que es la <<locura>>, sino, de muy otra manera, un anudamiento que *no* se sostenga *sin* un cuarto elemento [...] el *syn-théma*, el sustantivo del verbo *syn-tithémi*, poner juntos; en otras palabras: ligar, anudar. El síntoma hace nudo. El *sinthoma* griego es la con-sistencia latina: lo que mantiene unido.

Así Lacan propone un redimensionamiento del síntoma como anudamiento, como posibilidad de reestablecimiento del lazo social, tal vez podríamos decir con Lieberman que *donde el lenguaje se resquebraja el agujero llama. Cuando la palabra no alcanza, es la letra como el material plástico y no como idea ni concepto, la que puede escribirse, amarrando al significante, no con el significado, sino con el agujero.*⁵⁶ El agujero como el vacío que posibilita el amarre a través del síntoma. Lo que nos remite nuevamente a Freud en su concepción del delirio como intento de reestablecimiento: *Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción*⁵⁷.

Pero esto no solo en la psicosis, Julien en su lectura de Lacan nos dice que *la demanda de análisis nace entonces a raíz del acontecimiento como encuentro con lo real, y sólo el *sinthoma* neurótico impide la disociación de lo simbólico, lo imaginario y lo real.*⁵⁸ Más adelante agrega que el *sinthoma* neurótico *es la figura del Padre edípico según Freud*; y que *éste tiene función*

⁵⁴ En este sentido cabría hacer una acotación respecto a los planteamientos de Françoise Davoine y Jean Max Gaudillere, respecto al trauma (de guerra) como el factor etiológico en la psicosis, evidente hay un trauma, una catástrofe que puede tener o no que ver con la guerra, pero que particularmente tiene que ver con la elisión de lo simbólico que impone la elisión en lo imaginario e impide el anudamiento del RSI, y consecuentemente la forclusión del Nombre-del-Padre.

⁵⁵ Philippe Julien, *Op. cit.*, p. 76.

⁵⁶ Marina Lieberman, *Entre la angustia y la risa*, 2005, p. 94.

⁵⁷ Sigmund Freud, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre...* p. 65

⁵⁸ Philippe Julien, *Op. cit.*, p. 79.

de suplencia y compensación cuando hay forclusión del Nombre-del-Padre y por lo tanto ausencia de anudamiento borromeo de las tres consistencias: RSI. Un cuarto elemento llega entonces a actuar de empalme e impedir la locura del desanudamiento; y acota: cuando esa función fracasa ante la novedad del acontecimiento, se desencadena una psicosis con delirio.

De acuerdo con lo anterior Lacan va más allá de las fronteras freudianas, en el sentido que para Freud los psicóticos son *inmunes* al psicoanálisis, también en otro lugar señaló que la transferencia que se presenta en la psicosis es esencialmente negativa lo que imposibilita la cura;⁵⁹ entonces mientras que Freud ubica a la psicosis fuera de las posibilidades de cura del psicoanálisis, Lacan problematiza y teoriza al respecto, incluso solía instar a sus alumnos a *no retroceder ante la psicosis*.⁶⁰ Lo que propició un cambio de paradigma en el abordaje de la locura, la propuesta de Lacan plantea las diferencias estructurales entre el campo de la neurosis, ligado al retorno de lo reprimido; y el campo de la psicosis, ligado a lo forcluido. Situación que conduce al planteamiento de diferencias técnicas en el abordaje de cada campo, en este sentido Montoya reflexiona: *hacia falta que los psicoanalistas volvieran a repensar la palabra de Freud, que se construyera una diferencia entre el psicoanálisis de las neurosis y el psicoanálisis de las psicosis...* y eso es lo que hizo Lacan. Una de las principales singularidades de la clínica psicoanalítica de las psicosis es que en ésta *la transferencia va del analista al paciente*;⁶¹ por otro lado el analista a través de la escucha se convierte en testigo del analizado y así la verdad de la historia que le ha sido negada comienza a inscribirse a través del registro del otro-analista, y como consecuencia se abre la posibilidad del (re)establecimiento de los lazos sociales⁶² ya que *no hay psíquico separado de lo social*.⁶³

Justamente desde esta visión es que se han lanzado diferentes planteamientos para el tratamiento de las psicosis en la singularidad de cada una de sus manifestaciones; ejemplo de esto es la propuesta realizada por el

⁵⁹ Sigmund Freud, *Sobre la dinámica de transferencia* (1912), p. 104.

⁶⁰ Alberto Montoya, *Op. cit.*, p. 25.

⁶¹ *Ibid.*, p. 23.

⁶² Jean Max Gaudillere, *Seminario. El Psicoanálisis en la psicosis (conferencias)*, 31/10/06.

⁶³ Philippe Julien, *Op. cit.*, p. 71.

doctor Juan Carlos Plá, coordinador del Centro Psicoanalítico Montealbán, en el proyecto “Clínica Psicoanalítica de la Psicosis”, que gravita en torno a la consideración del paciente en su contexto familiar, histórico, social, cultural y económico, sin dejar de lado los aspectos biológicos y fisiológicos. De manera que su propuesta se basa en un tratamiento integral del paciente con psicosis y de su familia, dado que se considera que la psicosis de uno de los miembros de la familia es consecuencia de las formas de interacción de la misma. En ese sentido el doctor Juan Carlos Plá es precursor en México del trabajo psicoanalítico con la psicosis, así como de la implementación del Acompañamiento Terapéutico como parte de una estrategia clínica integral en el abordaje del paciente con psicosis.

Estados Unidos e Inglaterra. En América Latina los primeros Hospitales de Día surgen en Porto Alegre (1962), en la Habana (1965), en Argentina nace el Hospital Borda en 1967; sin embargo en México no va a ser hasta el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) que los hospitales de Salud Mental comienzan a establecer esta práctica como consecuencia de la reducción presupuestal para atender problemas relativos a la Salud Mental, sin una visión terapéutica tendiente a la reinserción social del paciente psiquiátrico, hay que puntualizar que tanto el desfase cronológico como la ausencia de política de salud pública con que esta práctica se implementa en el país hablan ya de un grave rezago de México en relación al resto de América Latina, no digamos ya de Europa.

b) Objetivos del Acompañamiento Terapéutico.

En principio de importante destacar que la práctica del Acompañamiento Terapéutico es relativamente reciente y que precisamente por ser una *praxis* se ha ido estructurando en el camino, en ese sentido hay que puntualizar que cuando hablamos de Acompañamiento Terapéutico no lo hacemos en términos de un *saber apriorístico*, sino de una estrategia que forma parte de un tratamiento terapéutico que resulta particularmente útil *como una alternativa a la marginación social, [...] para la inserción social del paciente en actividades laborales, educativas o recreativas*, a fin de lograr *la reducción del periodo de internamiento [...] evitando la innecesaria prolongación del mismo*, así mismo este recurso proporciona la posibilidad de *sostener la continuidad de un tratamiento en el pasaje entre las distintas instancias del mismo*⁶⁶, tales como el regreso al entorno familiar posterior a la internación, o bien el tránsito hacia el Hospital de Día y particularmente la reinserción del sujeto al medio social; en este sentido hay que destacar que es durante estos *momentos* del proceso terapéutico cuando se existe mayor posibilidad de que el paciente presente crisis o incluso recaiga, por tanto es en estos momentos en los que el trabajo de Acompañamiento Terapéutico

⁶⁶ *Ibid.*, pp. 8 y 9.

IV. Acompañamiento Terapéutico.

Perspectiva teórica e integración de caso.

a) Origen del Acompañamiento Terapéutico.

El término de Acompañamiento Terapéutico tiene un origen un tanto obscuro, es acuñado por el doctor Eduardo Kalina, psiquiatra y psicoanalista, en Argentina entre la década de los años 60 y 70. El término precedente del Acompañante Terapéutico fue el de *Amigo Calificado*, sin embargo Kalina lo desechó pronto por impreciso y por suponer límites demasiado borrosos, sin embargo, más allá de los antecedente hay que destacar que el Acompañamiento Terapéutico es una herramienta dentro de clínica de la psicosis y en general también es un instrumento dentro de *las clínicas del desvalimiento*, es decir es aplicable también al tratamiento de adicciones, del autismo y de la vejez; particularmente el Acompañamiento Terapéutico se utiliza como una alternativa y/o complemento a la hospitalización, particularmente a la hospitalización psiquiátrica.

Respecto al origen del Acompañamiento Terapéutico, al margen de quién y cuándo fue acuñado el término, es importante señalar que fue determinante el surgimiento que a nivel mundial tuvieron los Hospitales de Día en el abordaje de la Salud Mental posterior a la Segunda Guerra Mundial, aunado a esto hay que señalar que *como marco general del surgimiento del acompañamiento terapéutico tenemos que agregar la influencia que tuvo [...] la antipsiquiatría, en distintas corrientes, y la importancia que adquiere aquí el psicoanálisis...*⁶⁴

Respecto al Hospital de Día⁶⁵ hay que señalar que Osvaldo Delgado sostiene que surge en la antigua Unión Soviética en 1935 por iniciativa de Zahagarov, como una respuesta a la necesidad de ahorrar costos. Posteriormente el movimiento cultural de las décadas de los años 50 y 60, con el desarrollo de la psicología social y la corriente anti-psiquiátrica, así como la desmanicomialización, la innovación del Hospital de Día se expande hacia

⁶⁴ Gabriel Pulice y Gustavo Rossi, *Acompañamiento Terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización*. p. 14

⁶⁵ <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=5632> Fecha de consulta: 14 05 07.

adquiere singular relevancia tanto en el ámbito de la prevención como en el de la contención.

Por su parte Susana Kuras y Silvia Resnizki puntualizan que son las *patologías del desamparo* las que alojaron al Acompañamiento Terapéutico desde sus inicios, ya que *es en su territorio, el de la indefensión humana donde se fue demarcando e inscribiendo con nitidez creciente un espacio para el Acompañante Terapéutico*⁶⁷. En este sentido, es importante destacar que a lo que se enfrenta el Acompañante Terapéutico es justamente a eso: a la indefensión humana... y contratransferencialmente a su propia indefensión. El Acompañante Terapéutico hace una apuesta por el *otro*... y porque ese *otro sigue siendo un sujeto* a pesar de todos los estigmas y diagnósticos que pesan sobre él, ya que justamente lo que está en juego en las *patologías del desamparo*, es una fuerte amenaza -cuando no una abolición- de la subjetividad.

Los objetivos del Acompañamiento Terapéutico a Ileana son básicamente evitar internamientos psiquiátricos, así como revertir, en la medida de lo posible, la marginación social. Al ser Ileana artista plástica, uno de sus intereses más puntuales es mantenerse en condiciones de crear, entonces una de las consignas del tratamiento integral a la psicosis, en su caso tiene que ver con manejar una prescripción mínima de medicamentos, ya que cuando ella está bajo el influjo de los fármacos, está *embotada*⁶⁸, con sueño y sin poder concentrarse en nada; en ese sentido, ocasionalmente Ileana deja de ingerir los medicamentos circunstancia que la coloca en una situación aun mayor de vulnerabilidad psíquica frente a las tensiones de la vida cotidiana que un artista vivencia, generalmente, con mayor intensidad. Por otro lado, si bien Ileana no se encuentra en una situación de vulnerabilidad económica tampoco cuenta con recursos económicos demasiado holgados, su marginación es del orden de su condición de exiliada, dado que ella se asume como exiliada de su familia a grado tal de que no puede vivir en el mismo país que sus consanguíneos, por esa situación fue que ella decidió abandonar Argentina y vivir en México, sólo una distancia tan basta le permite no sentirse oprimida por ellos; lo que se traduce en términos

⁶⁷ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, p. 21

⁶⁸ Ver Anexo V. Fecha 10/11/07

de marginación social dado que es extranjera, sola, no es económicamente productiva -dado que vive de las aportaciones de su familia, así como del apoyo de *becas* que ha obtenido a través de sus terapeutas, de impartir ocasionalmente talleres de arte y de la venta eventual de alguna de sus obras-, pesa sobre ella el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva y la condición de lo que ella misma denomina como *menguante*. Esta situación se traduce en una delgada red de apoyo y en el establecimiento de pocos vínculos sociales significativos, así que en el Acompañamiento Terapéutico con Ileana, el restablecimiento y fortalecimiento del lazo social adquiere relevancia singular.

c) El trabajo del Acompañante Terapéutico.

El Acompañante Terapéutico se enfrenta a un otro *menguado* y *sufriente*... se enfrenta a un otro inmerso en el desamparo, a un otro exiliado y recluso, al margen de que esté internado o no. Estar frente a ese otro implica estar frente a la *anormalidad*, frente a lo que la cultura y las instituciones han convenido como un desecho... El Acompañante Terapéutico no puede soslayar la pregunta ¿qué tan normal soy? ¿qué tan conveniente es mi normalidad? ¿realmente soy normal? ¿hasta qué grado la *anormalidad* del otro que tengo en frente es valiente autenticidad? ¿mi frágil y pretendida normalidad no será más bien un cobarde intento de encajar en una cultura generadora de malestar? Aquí me detengo... Sin embargo es importante destacar que el Acompañamiento implica completamente la subjetividad del Acompañante... lo que se juega el acompañante en el ejercicio del Acompañamiento Terapéutico es justamente eso: su propia subjetividad; digamos que el trabajo del Acompañante Terapéutico, en sentido metafórico, es un cuerpo a cuerpo... la implicación es profunda.

d) Funciones del Acompañante Terapéutico y su incidencia en el Acompañamiento a Ileana.

Precisamente por la profunda implicación inherente al trabajo del Acompañamiento Terapéutico la referencia teórica es imprescindible para

del acompañante terapéutico, sino que en virtud de que el abordaje de la psicosis se realiza desde diferentes frentes, sostienen que el vínculo establecido por el paciente con su terapeuta o con la institución que lo trata y la familia, son también agentes insoslayables de la contención, y puntualizan que si la contención no se da también en esos terrenos el acompañante terapéutico se verá rebasado por el paciente y que él solo sería incapaz de suplir esta función.

En el terreno práctico con la psicosis la función de la contención en el Acompañamiento Terapéutico es sumamente compleja y tal vez sea también el espacio donde más se juegue la implicación del acompañante, en este sentido hay que destacar aquí que la herramienta de trabajo del Acompañante Terapéutico es él mismo, su propia psique, su propio cuerpo, su propia personalidad... y desde sí mismo debe contener los embates del otro-sujeto-con-psicosis, que en un momento dado, pueden ser, metafóricamente, de alta tensión. En ocasiones la euforia de Ileana podía ser desconcertante e ir a su paso casi imposible, su conversación hilarante y atropellada; y a al día siguiente o al momento siguiente su aspecto sombrío, su mirada profunda y cristalizada, el sinsentido frente a la existencia, una insoportable apatía respecto a su propia vida... en pocas palabras Ileana es una sujeto desbordada por la euforia y por la tristeza y eso es lo que hay que contener, a una sujeto desbordada, rebasada por sus pulsiones, en ese sentido el acompañante no puede permanecer indiferente, es imposible no sentirse embargado por la tristeza cuando uno se percata de que en un tránsito depresivo Ileana destruyó todo lo que la semana anterior había creado y de lo cual se sentía orgullosa: dibujos, grabados, retratos, pinturas...

2. *Ofrecerse como referente. Se habla de referente en la connotación de mera orientación, por su condición relativa. Los modos de intervención en distintos dispositivos clínicos nos plantean el desafío de situarnos como referentes identificatorios con el cuidado suficiente de no ser tomados como el único modelo y, peor aún,*

*protésico, al cual habría que adherir*⁷³. Esta situación implica riesgos significativos que a su vez son ineludibles, es decir, ¿desde dónde el acompañante terapéutico puede proponerse como referente identificador?, ¿hasta dónde el acompañante terapéutico es capaz de sostener dicha identificación sin considerarse a sí mismo como el agente sanador del paciente? Por otra parte sobra decir que el Acompañante Terapéutico no puede ser el modelo de salud mental al cual el sujeto con psicosis pueda adherirse, porque dicho sea de paso tal modelo no existe y no podemos presumir poseerlo. Sin embargo, la propia situación del Acompañamiento en la que sucede el acontecimiento del encuentro acompañante - paciente, echa a andar un juego transferencial donde las subjetividades de ambos sujetos - acompañante y paciente- se tocan y se trastocan; cuanto más si consideramos que:

El Acompañante Terapéutico, al trabajar en un nivel dramático-vivencial, no interpretativo, intenta y muestra al paciente, *in situ*, modos diferentes de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana. Esto resulta terapéutico. Primeramente, porque propone una ruptura con los modelos estereotipados de vinculación que lo llevaron a enfermar. En segundo término, porque ayuda al paciente a aprender a espera y a postergar⁷⁴.

3. Ayudar a “reinvertir”. Por investidura se entiende la *movilización y transformación por el aparato psíquico de la energía pulsional, que tiene como consecuencia ligarla a una o varias representaciones inconscientes*⁷⁵. En el caso de la psicosis el anudamiento de la energía pulsional con los objetos, que van desde el propio “Yo” hasta el mundo exterior, se presenta de manera deficiente e inapropiada, lo que se traduce en la vulnerabilidad psíquica, una característica inherente a la psicosis, por tanto
...el Acompañante Terapéutico se ofrece a la manera de un “organizador psíquico” (motor con combustible) capaz de intervenir

⁷³ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, pp. 31-32

⁷⁴ *Loc. cit.*

⁷⁵ Roland Chemama, *Op. cit.*, pp. 365 y 366

operativamente y decidir por el paciente en aquellos órdenes donde éste no es aún capaz de hacerlo por sí mismo. Asume por momentos funciones que “el Yo del paciente”, por estar comprometido y debilitado por la enfermedad no puede desarrollar⁷⁶.

Así el Acompañante Terapéutico necesita compensar con su intervención la *inadecuación y desajustes, falta de dominio, retracción, y hasta desinversión de aspectos vitales que [el paciente] no puede encarar por sí mismo*⁷⁷.

Una ocasión Ileana propuso que durante la sesión de acompañamiento⁷⁸ fuéramos *a ver libros* a las librerías que están sobre Miguel A. de Quevedo, fuimos pero ella transitaba por un periodo maniaco lo que se tradujo en que quería comprar cualquier libro que tuviera en frente, de fotografía, de cocina, de perros, novelas, discos, libros para niños, libros de maternidad, esotéricos, de psicoanálisis, de derecho, de música, etcétera; también estaba coqueteando abiertamente con los vendedores y con las vendedoras, también con los clientes. A todas luces su actuación era desajustada, inadecuada y presentaba falta de dominio, lo que se realizó en el acompañamiento fue señalarle que las personas podían malinterpretar su *buen humor* y pensar que ella se les estaba insinuando en un sentido sexual, que si era así estaba bien, pero que en un momento dado no podría sostener intercambio sexual con todas personas, así como tampoco podía comprar todos los libros que *había seleccionado*, primero porque la mayoría eran temas que no le interesaban y luego porque no iba a poder pagarlos; Ileana a regañadientes dijo que por más que se le *antojara coger con todos y comprar todos los libros* ciertamente no podía hacerlo y me pidió que la ayudara a seleccionar tres libros de los 30 que ya había apartado.

Otra ocasión Ileana me dijo que estaba muy angustiada porque tenía que mudarse de departamento y que esos cambios la ponían muy mal, me ofrecí a ayudarle con la mudanza. Me llamó fuertemente la

⁷⁶ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, p. 32.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 33.

⁷⁸ Ver Anexo V. Fecha 26/01/08

atención su incapacidad para organizar la mudanza, lo que muestra precisamente una desinvertidura del mundo externo y la incapacidad para relacionarse con él, por lo que durante ese periodo el acompañamiento consistió en ayudar a Ileana a llevar a cabo la mudanza⁷⁹.

4. Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente.

El Acompañante terapéutico debe estar atento para identificar los intereses y capacidades del paciente ya que éstos pueden ser un índice de sus áreas más organizadas lo que puede servir para trazar un plan de trabajo partiendo de la singularidad del propio paciente. Es importante no perder de vista que, en ocasiones, pacientes en episodios psicóticos no son capaces de manifestar o desarrollar su creatividad, ya que en este rubro, no podemos partir más que de los intereses del paciente, por tanto es deseable evitar que el Acompañante *filtre* sus propios intereses creativos y los proyecte sobre el paciente, situación que sería a todas luces contraproducente. De cualquier manera hay que tener presente que *la canalización de las inquietudes del paciente cumple un doble objetivo: sirve para liberar la capacidad creativa inhibida y tiende a la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador*⁸⁰. Por tanto la identificación y canalización de intereses y aptitudes del paciente abren toda una gama de posibilidades dentro del propio acompañamiento, siempre que el acompañante sea honesto también en reconocer sus propios intereses y su posibilidad de acompañar o no al paciente en lo que al terreno de la exploración creativa se refiere. Poner en práctica esta función en el acompañamiento a Ileana fue relativamente simple, ella es artista plástica, vive en contacto con su creatividad, tiene intereses artísticos y culturales bastos, en ese sentido muchas veces el acompañamiento se orientó a visitar museos, exposiciones de pintura, escultura y fotografía; en este sentido no hubo necesidad de *canalizar* su sus inquietudes, bastó con identificar

⁷⁹ Ver Anexo V. Fecha 05/12/07

⁸⁰ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, p. 33

sus intereses artísticos dado que ella vive de canalizar esos intereses por cauces creativos de manera regular.

5. Aportar una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente. *Al establecer un contacto cotidiano con el paciente, el Acompañante Terapéutico dispondrá de información ampliada sobre su modo de discurrir en ámbitos diversos⁸¹. En este sentido, la información brindada por el Acompañante al equipo terapéutico que trabaja integralmente con el paciente, por ejemplo puede brindar al psicoanalista información relativa al mundo objetivo del paciente y de su manera de vincularse, de manera que el analista pueda constatar el grado concordancia o discordancia entre la realidad interna y la realidad externa del paciente; así mismo el acompañante puede brindar datos al psiquiatra tocante si se le administran los medicamentos al paciente y la manera en que se le administran. De manera que desde el rol que juega el Acompañante Terapéutico es factible que registre *conductas llamativas de la vida diaria en relación a la alimentación, el sueño, la higiene personal*⁸². Así mismo puede ser *vocero de ese mapa ampliado permitirá alcanzar, en un tiempo relativamente corto, una mirada integral del paciente y servirá como indicador diagnóstico y pronóstico de inapreciable valor*⁸³.*

En el acompañamiento a Ileana no fue necesario *aportar una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente* dado que tanto su analista como su psiquiatra llevan trabajando alrededor de 6 años con ella, por lo que tienen una visión muy clara tanto del mundo objetivo como del mundo subjetivo de la paciente⁸⁴, de manera que la información brindada en ese sentido no aportó novedades a la visión que ya los especialistas respecto a la vida cotidiana de Ileana.

6. Habilitar un espacio para pensar. *El acompañante se incluye entre las actividades terapéuticas del paciente y lo hace con disposición dialógica. No formula interpretaciones de formaciones del*

⁸¹ *Loc. cit.*

⁸² *Loc. cit.*

⁸³ *Ibid.*, pp. 33 y 34.

⁸⁴ Ver Anexo V. Fecha 21/11/07

*inconsciente de su paciente*⁸⁵. La disposición dialógica es una de las funciones del acompañante que posibilita la construcción de un espacio donde el paciente pueda encontrarse con su propio discurso a fin de reflexionar sobre el mismo; aquí hay que destacar que una parte fundamental de la disposición dialógica tiene que ver con una disposición a la escucha, si el acompañante es incapaz de escuchar al paciente es categóricamente incapaz para ser acompañante terapéutico. A través del diálogo con el paciente, el acompañante rompe con el estigma de que *no tiene sentido hablar con un loco* ya que al establecer un diálogo atento y respetuoso el Acompañante Terapéutico le restituye al paciente su condición de sujeto. En este sentido hay que mencionar que la situación no es tan simple como pareciera, ya que en ocasiones el Acompañante Terapéutico se enfrenta a un discurso desestructurado, incluso delirante que puede dejarlo exhausto después de una sesión en la que solamente *se charló* de manera más o menos informal con el paciente; en este sentido hay que puntualizar categóricamente que la función del Acompañante Terapéutico no es interpretativa, es vivencial y se realiza en buena medida a través de la palabra, una palabra que le restituye al otro - loco, psicótico- su condición de sujeto, lo que implica que a través de la escucha y la palabra se construye un espacio social donde *uno y el otro* puedan existir. Respecto a esta función del acompañante, hay que puntualizar que Ileana es una mujer muy inteligente, en ese sentido no hubo que *habilitar un espacio para pensar*, más bien el acompañamiento transcurrió en un terreno de intercambio de ideas, cuánto más que los posicionamientos ideológicos de Ileana y del acompañante fueron más o menos concordantes, aun así ella trataba de provocar que yo respondiera sus cuestionamientos desde mi condición de sujeto y no desde mi rol de acompañante, una ocasión al poco tiempo de haber comenzado el acompañamiento me espetó:
Para ti, Alejandro, qué es la realidad, no quiero que me digas qué es la realidad para el psicólogo, ni para el psicoanálisis, quiero que me

⁸⁵ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, p. 34.

trazar las funciones que el Acompañante Terapéutico busca cubrir a fin de delinear una estrategia de trabajo, en este sentido hay que tener presente, como puntualizan Rossi y Pulice que es imprescindible considerar que en el abordaje del “caso por caso”, la singularidad del sujeto⁶⁹:

...nos priva de establecer un saber previo del lado del terapeuta acerca de lo que le pasa y le tendría que pasar a un paciente, y de esto va a resultar que tampoco la función del acompañante terapéutico va a poder establecerse a priori del diagnóstico que se le asigna a un paciente, sino que se irá delineando en relación al despliegue de su problemática subjetiva.

Sin embargo, resulta útil retomar la propuesta que Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky de lo que, según las autoras, deben ser las funciones del acompañante terapéutico, esto no como un saber apriorístico sino como una suerte de coordenadas que sirven de base para delinear la estrategia de trabajo; tales funciones son⁷⁰:

1. **Contener al paciente.** *El Acompañante Terapéutico se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo. Acompaña y ampara al paciente en su desvalimiento, su angustia, sus miedos, su desesperanza⁷¹...* Esta función tiene que ver con tratar de procurar protección al paciente contra las angustias de aniquilación y de desestructuración propias de los periodos psicóticos, a fin de tratar de construir un sentimiento de seguridad fundamental, así como de establecimiento y de sostenimiento en la integración de la vivencia que el paciente tiene de sí mismo, procurando que sea de una manera unitaria. En este sentido hay que partir del hecho de que el sujeto con psicosis se encuentra desbordado por sus pulsiones internas y no es capaz de hacer frente a los requerimientos de la realidad cotidiana, por tanto el Acompañante Terapéutico debe brindarle la contención a fin de que el sujeto logre algún grado de estructuración que le permita hacer frente a la realidad exterior. Por su parte Rossi y Pulice⁷², señalan que la tarea de brindar contención no es exclusiva

⁶⁹ Gabriel Pulice y Gustavo Rossi, *Op. cit.*, pp. 22 y 23.

⁷⁰ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, pp. 31-38.

⁷¹ *Ibid.*, p. 31.

⁷² Gabriel Pulice y Gustavo Rossi, *Op. cit.*, p. 24.

digas para ti, para ti, qué es la realidad. Obviamente el espacio para pensar estaba dado, ahora había que respetarlo y ser honestos. Le respondí que para mí la realidad es una convención, un acuerdo para validar un registro de percepciones e ignorar o tachar de anormal todo lo que esté fuera de ese registro... La respuesta la satisfizo y estoy seguro que si hubiera respondido algo que yo no creo ella se hubiera dado cuenta, creo que me estaba poniendo a prueba para continuar o no con el acompañamiento.

7. **Orientar en el espacio social.** *El paciente perturbado psíquicamente se encuentra perdido en un espacio social que no domina. Sufre una importante desconexión del mundo que lo rodea⁸⁶.* Dado que dicha desconexión es producto del desinversión libidinal del mundo exterior y del sobreinversión libidinal del sujeto propio de la psicosis, el Acompañante Terapéutico cumple la función de coadyuvar para que el paciente vaya poco a poco invirtiendo nuevamente su realidad exterior, donde los vínculos sociales juegan un papel fundamental; insistimos en que el Acompañante tiene la función de *coadyuvar* en el sentido de que se trata de la labor de todo un equipo terapéutico y que el Acompañante al margen de ese equipo no podría realizar, en ese sentido y *en la medida en que el tratamiento lo permita, el acompañante tendrá por función paliar esta distancia facilitándole el reencuentro, en forma paulatina y dosificada, con algo de lo que perdió⁸⁷,* o incluso que no existió: el lazo social. Aquí hay que destacar que entre las tantas cosas que están rotas en la psicosis figuran la certeza y la confianza, en ese sentido Ileana manifestaba regularmente⁸⁸ que yo me iba a hartar de ella y no iba a regresar la próxima sesión al acompañamiento, evidentemente el lazo social no estaba del todo anudado, por tanto se trabajó en construir la confianza en su propia valía como sujeto y en la certeza de que dado el compromiso que yo había establecido libremente con ella y con su proceso terapéutico, así como con mi interés académico en mismo, yo

⁸⁶ *Loc. cit.*

⁸⁷ *Loc. cit.*

⁸⁸ Ver Anexo V. Fecha 17/11/07

regresaría la próxima sesión; en ese sentido con regularidad y puntualidad fueron anudándose poco a poco la certeza y la confianza lo que se tradujo el establecimiento de un lazo social singular que le permitió a Ileana pensar sobre los vínculos y la posibilidad de que éstos se construyan.

8. **Intervenir en la trama familiar.** *El Acompañante Terapéutico puede contribuir, además, a descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia*⁸⁹.

Respecto a esta función Pulice y Rossi sostienen que

...es conveniente que el acompañante terapéutico remita todo posible intento de trasgredir el encuadre por parte de algún miembro de la familia, al espacio terapéutico desde donde se dirige el tratamiento -es decir, al terapeuta o el psiquiatra- pues al no estar legitimado el acompañante terapéutico en dicho lugar de dirección, corre el riesgo de quedar atrapado en un enfrentamiento especular, imaginario⁹⁰.

Los mismos autores puntualizan que el espacio para descomprimir y amortiguar las interferencias familiares es el terreno de terapeuta o del psiquiatra, sin embargo, dada nuestra experiencia en el Acompañamiento a Ileana pensamos que también el Acompañante Terapéutico juega esa función, ya que es él quien en un momento dado estará *in situ* con el paciente y su familia y que el solo hecho de *remitir* a otro espacio al familiar que pretende romper el encuadre del trabajo terapéutico es operativamente crucial y las maneras de hacerlo son variadas, dependiendo de la singularidad con que la injerencia del familiar se presente; por ejemplo, durante una⁹¹ de las sesiones del acompañamiento con Ileana, ella comentó que su hermana Y le había llamado de Argentina para decirle que su familia no le iba a enviar más dinero para que ella pudiera pagar a su psicoanalista y al psiquiatra y que menos pretendiera que le pagaran también un *escort*, obviamente

⁸⁹ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, p. 35.

⁹⁰ Gabriel Pulice y Gustavo Rossi, *Op. cit.*, p. 26.

⁹¹ Ver Anexo V. Fecha 24/11/07.

hablando en doble sentido dado que el *escort* brinda un acompañamiento sexual y no terapéutico.

Ileana estaba muy preocupada y la amenaza de no tener recursos para pagar su proceso terapéutico le produjo una crisis depresiva; de cualquier manera lo importante de la situación es que la hermana Y llamó a Ileana durante la sesión de acompañamiento y cuando supo que yo estaba allí, ella quiso hablar conmigo, accedí y la hermana no tardó en despotricar respecto a cuánto gastaba la familia en Ileana, *la loca de la casa*; la interrumpí y le aclaré que si tenía tanto problema con las cuotas hablara directamente con el analista y con el psiquiatra, le di los teléfonos y le aclaré que el acompañamiento que yo realizaba con Ileana era parte de un proceso terapéutico y que no generaba ningún costo adicional a lo pagado al terapeuta y al médico, también le aclaré yo no sabía si en Argentina solían denominar al Acompañamiento Terapéutico como *escort* pero que en México esta palabra resultaba ambigua, por tanto sería conveniente que le expresara al analista y/o al psiquiatra sus dudas al respecto, también le puntalicé que ya llevábamos media hora al teléfono y dado que le resultaban tan gravosas las erogaciones económicas que hacía en Ileana, tal vez sería conveniente comunicarnos por internet para no generarle más perjuicios. El resultado fue que la hermana Y se disculpó, no llamó ni al psiquiatra ni al analista y la familia no dejó de enviarle recursos a Ileana. En este caso el familiar no podía ser remitido a otro espacio y no había la posibilidad de que el terapeuta o el psiquiatra intervinieran.

A propósito de las funciones que el Acompañante Terapéutico, idealmente, debe cumplir, es imprescindible señalar que el Acompañamiento Terapéutico es parte de un trabajo interdisciplinario. No puede existir el Acompañamiento Terapéutico al margen de la coordinación con otros espacios, a saber, mínimamente con el terreno del psicoanalista y/o con el terreno de psiquiatra; de manera que en el Acompañamiento deben de conjugarse la *madurez para compartir y planificar la tarea en un equipo*

*multidisciplinario y [...] la autonomía y sentido de la oportunidad para asistir a pacientes graves que requieren decisiones rápidas, precisas y a veces inesperadas*⁹².

e) Características deseables en el Acompañante Terapéutico

Tomando como base las funciones que el Acompañante Terapéutico debería de cumplir, podemos delinear las características mínimas deseadas para que una persona pueda realizar el trabajo de acompañamiento; primero debemos preguntarnos si la persona puede ser capaz o no de llevar a cabo las funciones mencionadas en el apartado anterior.

En primera instancia el acompañante debe tener una disposición a la empatía, ya que su trabajo tiene que ver precisamente con coincidir con otro que se encuentra rebasado y aquejado por un sufrimiento psíquico, si el acompañante no es capaz de enfrentarse empáticamente a esa situación cualquier actividad de acompañamiento quedaría impedida desde el principio. Aquí cabe preguntarnos sobre lo que implica la empatía, misma que está condicionada a una madurez psicológica que permite al sujeto realizar renunciaciones narcisísticas que tienen que ver con la capacidad de construir un espacio donde uno y lo otro existan; el Acompañamiento Terapéutico demanda mucho del Acompañante: disposición, tiempo, atención, escucha, cuidado, etcétera; por tanto el Acompañante debe estar en posibilidad de brindar eso a un otro que se encuentra menguante. Es importante mencionar que el hecho de que el Acompañante sea capaz de cuidar u otro no implica en ningún momento que no cuide de sí mismo, de manera que pensamos que la condición fundamental para que alguien pueda realizar el trabajo de Acompañamiento Terapéutico es ser empático hacia otro y cuidar de sí mismo; debe estar claro que el Acompañamiento implica disposición empática, no el sacrificio del Acompañante, de donde se desprende que el Acompañante debe ser capaz de comprometerse con otro al tiempo que también pone límites a ese otro y a la circunstancia en la que se lleve a cabo el acompañamiento.

⁹² Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, p. 35.

Otra característica al margen de la cual no podrían desempeñarse las funciones propias del Acompañamiento Terapéutico es la flexibilidad, ya que el acompañante debe tener la capacidad de adecuarse a condiciones cambiantes sin que por ello pierda de vista el encuadre y los objetivos de su trabajo. Si el acompañante se mostrara rígido comenzaría a regular y a pretender normalizar al paciente de acuerdo a su propia idea de normalidad, lo que resultaría más tiránico que terapéutico.

Respecto a estas dos características, la empatía y la flexibilidad, hay que decir que ambas son logros de un proceso de maduración psíquica, consecuencia de la elaboración personal de los propios conflictos inconscientes, mismos que la mayoría de las veces no pueden elaborarse al margen de un proceso terapéutico individual. En este sentido Marco Antonio Macías pregunta: *con qué derecho me quiero asomar a ver qué pasa con el deseo de otras personas, si antes no me he detenido a localizar qué es lo que pasa con mi propio deseo*⁹³. Sin embargo, esta cuestión relativa a que el Acompañante Terapéutico debe estar en un proceso analítico personal previo a que realice su labor de acompañante y durante el acompañamiento abre todo un debate, en el sentido de que un análisis personal es eso: personal; el proceso analítico que una persona puede llevar a cabo toca ineluctablemente el ámbito íntimo del sujeto, entonces nadie puede imponer a otro que haya estado o esté en un proceso de análisis.

En el caso del Acompañamiento Terapéutico a Ileana el acompañante actualmente no está en un proceso analítico, pero sí ha realizado parte del proceso análisis anteriormente. En este sentido, hay que puntualizar que es altamente deseable que el Acompañante Terapéutico haya estado y esté en el curso de un análisis personal, ya que indudablemente éste será un factor coadyuvante en el mejor desarrollo de las funciones que el Acompañamiento Terapéutico impone; sin embargo, por respeto a la integridad e intimidad del acompañante y por ética del equipo multidisciplinario que trabaje terapéuticamente con el sujeto con psicosis, no puede establecerse como requisito que el acompañante esté en el curso de un proceso analítico. Por otro lado, aquí cabe mencionar que las cuotas que implica llevar a cabo un

⁹³ Marco Antonio Macías López. *Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico*, p. 44.

análisis personal son considerables mientras que los honorarios del Acompañante Terapéutico son hasta cierto punto inciertos, en ocasiones es el analista o el psiquiatra que atiende al paciente quien, como parte del proceso terapéutico que se lleva a cabo cubre los honorarios del acompañante, en otras ocasiones es la familia quien paga al acompañante, pero puesto en perspectiva el dinero que el acompañante gana en un acompañamiento no le alcanzaría para pagar un proceso analítico.

Aparte de la disposición a la empatía y la flexibilidad, otra característica que el acompañante terapéutico debe de cubrir es el de realizar

un pasaje permanente desde la teoría a la práctica, es decir desde lo que teóricamente convendría hacer con un determinado paciente dada su patología, a lo que prácticamente resulta factible, dadas sus características personales y el medio en que está inmerso. Es por eso que los conocimientos teóricos y técnicos que el acompañante posee sólo podrán servir como una base a partir de la cual crear, imaginar, inventar, o promover los recursos adecuados para diversos pacientes.⁹⁴

De lo anterior se desprende que el acompañante terapéutico debe de estudiar e investigar lo referente a la patología que aqueja a su acompañado, esto mucho más allá de la nosología psiquiátrica y todavía más allá de los manuales estadísticos utilizados por las instituciones psiquiátricas para imponer diagnósticos; implica realizar investigaciones de lo que respecto a las teorías de las psicosis plantean las diferentes miradas del psicoanálisis, de la antipsiquiatría y de la psiquiatría dinámica, así como tener la capacidad de implementar lo investigado en el caso concreto del acompañamiento que realice.

f) Momentos del Acompañamiento Terapéutico y su narrativa en el Acompañamiento a Ileana.

Sobra decir que el éxito o fracaso de un Acompañamiento Terapéutico a un paciente con psicosis depende del establecimiento del vínculo

⁹⁴ Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizki. *Op. cit.*, p. 36.

Acompañante Terapéutico-Paciente; entonces los momentos del acompañamiento tienen que ver con cómo evoluciona el vínculo.

1. Primer momento: Inicio de la relación. El momento del encuentro del paciente-con-psicosis con el acompañante es determinante y crucial para el desarrollo subsecuente del vínculo o para el no establecimiento del mismo. De hecho, si el encuentro es un acontecimiento habrá acompañamiento, si el encuentro no es un acontecimiento no se establecerá el vínculo paciente-acompañante. Lo que el paciente con psicosis perciba del aquel otro sujeto que se le propone como acompañante será fundamental para lo que se desarrolle o no como consecuencia. En ese sentido cuando nos referimos al *acontecimiento*, lo hacemos en pensando en la convergencia de factores múltiples que tienen que ver con la subjetividad de los sujetos que se encuentran, con el contexto, con la apariencia, con la disposición, con el olor, la mirada, el color, el lugar, en fin todo aquello que pueda ser un indicio para que el encuentro sea factible. En primera instancia será el paciente quién determine si el encuentro se da como acontecimiento, como posibilidad de que un vínculo surja de ese momento.

Kuras y Resnizky sostienen que *las actitudes dominantes, al comienzo de la relación del paciente con su acompañante, pueden ser de sospecha y desconfianza o de transferencia masiva, abrupta y prematura*⁹⁵. En ese sentido si la actitud del paciente es de sospecha, sostienen, se pondrán en marcha las *ansiedades persecutorias* del paciente lo que en un momento dado podría incidir en la imposibilidad de llevar a cabo el acompañamiento ya que el paciente tendería a poner distancia y a impedir el inicio del proceso. Por otro lado, si la actitud del paciente fuera la transferencia masiva, éste se volcaría sobre el acompañante en *una relación con características casi simbióticas*⁹⁶.

Sin embargo, pensamos que no es posible establecer a priori cuáles serán las *actitudes dominantes* que el paciente tendrá frente al candidato a acompañante, sino que éstas dependerán de la singularidad

⁹⁵ *Ibíd.*, p. 38

⁹⁶ *Ibíd.*, p. 39.

de los sujetos que se encuentran y del contexto en que este encuentro se da o no.

En el contexto del Acompañamiento Terapéutico a Ileana, podemos decir que el encuentro aconteció y que se dio de manera fluida e informal, no se presentaron ansiedades persecutorias ni una transferencia masiva, se habló con claridad del acompañamiento dentro de un proceso terapéutico y también como parte medular de una investigación académica de la que este reporte es el resultado. Dicho encuentro tuvo lugar en un Café ubicado en el Centro de Tlalpan⁹⁷, donde después del acuerdo mutuo de llevar a cabo el acompañamiento, Ileana se enfocó a ponerme en contexto respecto a ella a través de una entrevista⁹⁸ que duró alrededor de 3 horas; desde el primer encuentro se aclaró que para efectos del reporte se utilizarían pseudónimos a fin de garantizar la confidencialidad, situación que satisfizo a Ileana quien agregó que agradecería también que no se realizaran grabaciones de ninguna índole de las sesiones de acompañamiento. En este sentido en el inicio de la relación se sentaron las bases que posibilitaron la emergencia del vínculo paciente-acompañante, por lo que podemos afirmar que el primer acercamiento con la paciente se dio en términos de aceptación y simpatía mutuos. Por otro lado hay que destacar la mirada del acompañante es también determinante en el sentido de que a pesar de que el paciente acepte el Acompañamiento Terapéutico, el acompañante tiene que evaluar, en función de sus propias características como de las características que percibió del paciente, si puede o no llevar a cabo el acompañamiento. Hay que puntualizar que en el inicio de la relación, y particularmente en el primer encuentro, se echan a andar toda una serie mecanismos transferenciales por parte del paciente y contratransferenciales por parte del acompañante; de manera que este juego de transferencia-contratransferencia, se da en función de todo un entramado de fantasías, deseos, recuerdos, anhelos, temores, repulsiones, etcétera y partiendo de ahí, ambos sujetos determinan si pueden hacer la apuesta

⁹⁷ Ver Anexo V. Fecha 19/10/07

⁹⁸ Ver Anexo II.

de confiar en el otro o no. En este sentido puedo decir que contratransferencialmente Ileana me inspiró un sentimiento de confianza, me pareció una mujer agradable, extraña pero no extravagante; cuando la conocí ella estaba más cerca de la euforia que de la melancolía, entonces me pareció jovial, incluso divertida. Su aspecto era limpio e informal, con interés por cuidar su imagen, aunque me llamaron la atención sus labios y uñas pintadas de negro, así como los tonos oscuros de su maquillaje que por otro lado no era excesivo. Puntualizando, Ileana me pareció interesante, agradable, inteligente, desorganizada, un poco a la defensiva pero no agresiva, su discurso fue a momentos hilarante pero no tan caótico como para perderme... Entonces desde mí, supe que podía llevar a cabo el acompañamiento.

2. Segundo momento: Construcción del vínculo. El vínculo una vez establecido se fortalece como consecuencia de la dinámica del mismo acompañamiento y de las tareas que en función del paciente realiza el acompañante. Durante este periodo el acompañante se va involucrando poco a poco en el mundo del paciente y a su vez comparte con éste impresiones y partes de su mundo personal también, obviamente esto en la medida en que el paciente manifieste interés en las actividades, gustos e intereses del acompañante.

En el acompañamiento a Ileana durante el periodo de construcción del vínculo me enfoqué a identificar sus intereses y dado que éstos son predominantemente artísticos el acompañamiento se orientó a asistir con ella a museos, principalmente el de Arte Moderno y el de Museo de Tamayo, así como al Centro de Imagen. Hay que mencionar que es muy difícil programar las actividades de una sesión de acompañamiento previamente a la sesión, ya que había ocasiones en que Ileana se encontraba de ánimo para salir y otras, cuando transitaba por la melancolía, en las que apenas podía moverse; incluso llegó a haber ocasiones en las que en durante una misma sesión de acompañamiento ella transitaba de estados eufóricos a estados terriblemente depresivos en los que su vida parecía perder todo sentido. En ocasiones Ileana

sugería que la sesión transcurriera en su estudio, en algunas de aquellas veces había momentos que parecía arrebatada por un impulso creador⁹⁹ y plasmaba los trazos en los lienzos con tanta facilidad y precisión que parecía que los trazos nacieran del lienzo y no de las manos de Ileana; muchos de los lienzos eran verdaderamente buenos, cargados de intensidad y de una estética singular; durante esas sesiones el acompañamiento era silencioso, yo me limitaba a observar con atención su trabajo, la facilidad con que lo hacía, los materiales que utilizaba; visto en perspectiva pienso que fue durante esas sesiones silenciosas cuando más se construía el vínculo, porque a pesar de que ella estaba en los suyos se daba cuenta de que yo también estaba involucrado en el proceso creativo que ella plasmaba en el lienzo, por otro lado era al final de esas sesiones cuando más agradecía la compañía; por mi parte yo le agradecía la experiencia de verla crear algo de la nada... tengo que reconocer que durante esas sesiones me sentía fascinado viéndola trabajar, era como si yo de alguna manera formara parte de esos lienzos y como si, en alguna medida, esos lienzos fueran míos también.

Una ocasión Ileana realizó siete dibujos en tinta china sobre papel albanen, todos me gustaron mucho, sin embargo, esto sólo incrementó la tristeza que sentí cuando tres días después llegué a la sesión de acompañamiento y vi a Ileana con tinta china corrida en la cara mezclada con lágrimas¹⁰⁰, las manos también batidas de tinta y sangre, en camión sucio medio desgarrado y los siete dibujos más otros 10, algunos hechos trizas, otros arrugados y corridos, regados por todo el estudio; sesiones como esa eran las más agotadoras porque el dolor y la tristeza del otro reverberan en uno mismo y por esos momentos se experimenta el desamparo más desgarrador y así con ese desamparo estallando por dentro había que darle contención y constancia, había que demostrarle que se estaba allí para ella, abrazarla, animarla a que se diera una ducha, ayudarle a recoger el estudio y hacer un duelo con ella... un duelo que también se vivía en lo personal. Después de

⁹⁹ Ver Anexo V. Fecha 28/11/07

¹⁰⁰ Ver Anexo V. Fecha 01/12/07

sesiones como esa, que por fortuna no fueron muchas, había que hacer algo para sentir un poco de gozo y de sentido, cosas tan simples como comer un chocolate mientras caminaba por el Bosque de Tlalpan, comprarme un libro, tomar un buen café... lo que fuera para salir del mundo monocromático al que había sido arrebatado durante la sesión de acompañamiento. Respecto a esto pienso que si se soportan esas situaciones extremas, de alto voltaje, contribuyen a la construcción del vínculo; son situaciones críticas que si no se soportan quiebran el vínculo que se iba formando, lo que sería terrible para el paciente porque le ratificaría el discurso y la sentencia de que es un desecho que nadie puede tolerar...

También es importante mencionar que el Acompañante Terapéutico forma parte de un dispositivo terapéutico que trabaja con el paciente-con-psicosis y que es en ese dispositivo donde por medio de la comunicación, a través de la palabra, él puede dar trámite, puede hacer que su experiencia circule entre el analista y/o el psiquiatra, solo así el acompañante evita sobrecargarse y realizar él mismo *actings* que serían producto de esa sobrecarga que lo implicó y le detonó núcleos no elaborados de sus propios procesos psíquicos; es también en estos momentos donde el análisis personal del acompañante coadyuvaría para brindarle contención y para elaborar áreas escotomizadas de sí mismo.

3. Tercer momento: Consolidación del vínculo. Esta fase implica que una vez establecido el vínculo, éste sea sostenido y constante. Pienso que este es el momento más difícil de un Acompañamiento Terapéutico, en el sentido de que aquí ya hay un vínculo interpersonal establecido y entramado, por tanto los límites entre ambos sujetos se diluyen, por tanto en este punto es crucial que lo uno y lo otro de cada sujeto no se confundan... y el encargado de impedirlo es justamente el Acompañante Terapéutico, dado que el sujeto-con-psicosis simplemente no puede hacerlo. En este sentido, el encuadre es tal vez el recurso por excelencia que el acompañante puede utilizar para mantenerse en su lugar sin ceder a las demandas absorbentes del

acompañado. Durante este momento del proceso es decisivo no confundirse ni permitir que el paciente se confunda, cuanto más si consideramos que las pulsiones agresivas y eróticas circulan de manera muy primaria en la psicosis, dado que el paciente es incapaz de imponerles demora y no digamos reprimirlas, más bien éstas se le imponen y le rebasan.

En el caso de Ileana, este punto fue particularmente delicado ya que una vez establecido y consolidado el vínculo ella pretendió hacerme el objeto de sus pulsiones tanto eróticas como agresivas. Una ocasión ¹⁰¹Ileana sugirió que la sesión de acompañamiento trascurriera en su estudio, luego de pronto ella comenzó a desnudarse y me propuso que tuviéramos relaciones sexuales, yo me limité a recordarle que yo era su Acompañante Terapéutico lo que implicaba la restricción de no vincularnos más allá de los acuerdos planteados en el propio acompañamiento, le pedí que se vistiera y que saliéramos a caminar; frente a esto ella enfureció y quiso golpearme y aventarme objetos. En ese momento fui contundente y le advertí que si no se vestía y se tranquilizaba en ese instante terminaría el acompañamiento y que el vínculo que se había formado sería quebrantado sin posibilidad de repararlo... Ileana se tranquilizó, se vistió y salimos.

Mientras caminábamos le recordé que yo era su Acompañante Terapéutico y que esa era la única relación personal a la que podíamos aspirar; ella me espetó toda una retahíla y me cuestionó de cómo podía pretender ser su acompañante terapéutico cuando no sentía nada por ella, aunque por lo demás comprendía que yo no *quisiera coger con una loca y vieja*. La detuve y le aclaré que por supuesto yo estaba involucrado afectivamente con ella, le dije que de no ser así no podría ser su acompañante y que precisamente por ello yo tenía que restringirme a mis funciones como acompañante en un contexto terapéutico que por lo demás se vería gravemente afectado si no respetábamos las condiciones del mismo; ella asintió y permanecimos en silencio el resto del tiempo durante esa sesión. Cabe decir que no

¹⁰¹ Ver Anexo V. Fecha 12/12/07

volvió presentarse una situación de esa índole durante el acompañamiento.

En retrospectiva ese pasaje ha sido para mí el momento más delicado durante el acompañamiento, si nos atenemos a mi narración mi actuar fue ético e intachable, sin embargo no puedo negar que me generó un terrible conflicto, en primera instancia porque no esperaba que se suscitara una situación así; por otro lado, Ileana es una mujer a la vez madura y atractiva, mentiría si digo que no me resulta agradable y mentiría también si digo que no me fue difícil no acceder a su demanda sexual. Esa situación implicó para mí renuncias narcisísticas y no dudaría en afirmar que ha sido el momento más importante durante el acompañamiento, ya que si el proceso del acompañamiento terapéutico con Ileana llega a ser exitoso en algún sentido será porque en ese momento el encuadre se mantuvo inalterado, situación que se tradujo en una consolidación del vínculo acompañante-paciente que abundó en beneficios para ambos sujetos.

4. Cuarto momento: cierre del acompañamiento. Este punto es particularmente complicado porque abre toda una serie de cuestionamientos, de entrada ¿cuándo y bajo qué criterios se considera no necesario el Acompañamiento Terapéutico? Bien, como no existe una respuesta unívoca a ese cuestionamiento, digamos que el acompañamiento terapéutico se cierra cuando el equipo multidisciplinario que trabaja terapéuticamente con el paciente-conspicosis así lo determina en función de las condiciones singulares del caso; aunque hay que puntualizar que la familia del paciente o el propio paciente pueden dar por terminado el acompañamiento. En este sentido, cabe plantear dos escenarios: uno en el que el cierre sea un proceso consensuado y gradual que se da en los tiempos del paciente lo que permite la elaboración del duelo por la separación y la disolución de la relación Acompañante Terapéutico-Paciente; el otro escenario se da en el contexto de un cierre abrupto que violenta los tiempos tanto del paciente como del acompañante, donde no es posible realizar un proceso de elaboración del duelo, lo que para un aparato

psíquico vulnerable como lo es el del sujeto-con-psicosis es vivenciado en términos de tragedia.

En este sentido, cabe aclarar que si bien, para efectos de la elaboración del presente reporte, se hizo un corte en el Acompañamiento, el proceso de Acompañamiento Terapéutico con Ileana sigue en curso; por tanto la el momento de cierre del acompañamiento está fuera de mi experiencia; sin embargo puedo decir que cuando Ileana y yo hemos platicado de cuándo termine el acompañamiento, hemos convenido en que sería agradable vernos de vez en vez para tomar café y platicar ya en un terreno de amistad.

V. Comentarios de cierre

Lo primero que hay que puntualizar en este balance es que la experiencia de haber realizado hasta la fecha el Acompañamiento Terapéutico con Ileana ha sido profundamente enriquecedora. Si bien el enfrentamiento con la psicosis es sumamente complejo y amenazante, el encuentro con el otro menguado, sujeto-con-psicosis, es una vivencia transformadora, esta experiencia no puede pasar desapercibida, implica un cuestionamiento, ácido de las propias concepciones y crítico de las nociones de normalidad, anormalidad y patología.

Por otro lado el pensar sobre la psicosis y sobre el Acompañamiento Terapéutico como una estrategia alternativa de abordaje de la misma, implica también una reflexión sobre la cultura y sobre los lugares impuestos a los sujetos dentro del orden social. En este contexto queda claro que el loco es un crítico de la sociedad, un sujeto que denuncia el malestar de los otros y de sí mismo con todo su ser, un sujeto es tomado por un malestar que se desborda en toda una gama de síntomas, donde cada uno ellos tiene un significado particular y una dirección específica.

Visto desde esta perspectiva “el loco” adquiere un papel fundamental en la cultura, digamos que su locura es una válvula de escape que ayuda a que los demás *normales* no enloquezcamos, situación que implica una corresponsabilidad hacia “el loco”, tal vez por eso durante la Edad Media la comunidad cuidaba, alimentaba y protegía a los locos, incluso se les consideraba elegidos de Dios y atormentados por los demonios.

En este sentido resulta claro que cada época se sostiene en sus propios relatos discursivos que determinan los modos de ser y de estar en la cultura, de manera que el espíritu de cada época genera expresiones que patológicas que le son propias y dimensiona socialmente lo que se va a reconocer como síntoma y lo que no; los discursos culturales imponen ideales que funcionan como modelos identificatorios y a través de la interacción sujeto-vínculo-cultura se moldean las subjetividades al tiempo que se generan puntos de anudamiento y de vacío. En este sentido, el momento cultural que vivimos, como herencia de la modernidad, busca erradicar la angustia, desmentir el

dolor y el sufrimiento lo que se traduce en toda una proliferación de síntomas como resultado del amordazamiento del dolor; no importa que para amordazar el sufrimiento el sujeto quede amordazado, inexpresado, callado, suprimido y homogeneizado. Esta situación va diluyendo el lazo social, la subjetividad es amenazada y lo singular de los sujetos destituido... entonces la situación es simple, *quien no aguanta* este proceso de desubjetivación y de desingularización, sencillamente enloquece y como enloqueció se dice que *su constitución genética* lo dispuso a la locura, o bien *que su estructuración psíquica* desató un episodio psicótico... es más se puede hasta decir que su imagen no fue suficientemente contenida frente al espejo y se desestructuró.

Es decir, hay toda una serie de *saberes*, producto de los relatos discursivos en que se sustenta la cultura, que asignan los lugares sociales y determinan lo normal, lo anormal y lo patológico. Hay que denunciar aquí que tanto *el saber psiquiátrico* como *el saber psicológico* e incluso *el saber psicoanalítico* son parte constitucional de aquella serie de *saberes*. En este sentido, desde la experiencia como acompañante en un proceso de Acompañamiento Terapéutico, puedo decir que no hay proceso terapéutico posible si no somos capaces de desmarcarnos de aquellos *saberes que nos dicen todo* en relación al otro y a mí mismo. Efectivamente el Acompañamiento Terapéutico ayuda a que la locura condensada en un sujeto circule por todo un equipo terapéutico de trabajo, pero esa misma circulación de la locura propicia necesariamente un cuestionamiento constante y radical donde no hay lugar para certezas, lo que abre un espacio para la angustia, cómo se elabore esa angustia depende de la singularidad de los miembros del equipo de trabajo y de las vicisitudes estructurales y del deseo en cada uno de ellos.

El acompañante terapéutico, acompaña la locura del otro, la comparte, es tocado por el otro, trastocado por la transferencia masiva que recibe de su acompañado, transformado por la experiencia. El acompañante terapéutico se compromete fundamentalmente en acompañar la psicosis en vez de marginarla y aislarla, en este sentido la experiencia del acompañamiento es en sí marginal, impone la necesidad de ir hacia los bordes de nuestra propia subjetividad e ir más allá de los bordes de los discursos y de los saberes

constituyentes de la cultura... hay que decirlo, de una cultura del malestar que se apronta a toda costa y a como dé lugar a amordazar todo aquello de denuncie el malestar a que da origen.

Esta situación me recuerda el mito de Procusto, el gigante encargado de vigilar las puertas de Atenas. Procusto estaba atento a la llegada de extranjeros que visitaban la *polis*, cuando alguno arribaba con atenciones y lisonjas lo llevaba a su casa lo convidaba con comida y vino, cuando el extranjero estaba satisfecho y embriagado Procusto lo acostaba en su cama y si el visitante era más largo que su cama, el gigante le cortaba lo que sobraba en sus extremidades, si era más pequeño, lo estiraba hasta que daba la medida ideal... tal era el precio para poder entrar a Atenas, tal es el precio de ser *normal* en una cultura del malestar y en una sociedad altamente tóxica y patológica... por eso el acompañante terapéutico no va hacia Atenas sino hacia Ítaca.

Bibliografía

1. Basaglia, F; Langer, M; Szasz, T; Caruso, I; Verón, E; Suárez, A; Barrientos, G. *Razón, locura y sociedad*. 15ª. edición, México: Siglo XXI, 2006.
2. Chemama, R. *Diccionario del Psicoanálisis*. 2ª. edición, Buenos Aires: Amorrortu, 2004.
3. Davoine, F. y Gaudillere, J. *Seminario. El Psicoanálisis en la psicosis (conferencias)*, México, 31/10/06 al 02/11/06.
4. Freud, S. *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1911)*, en Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII.
5. Freud, S. *Sobre la dinámica de transferencia (1912)*, en Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII.
6. Freud, Sigmund; *Introducción al narcisismo (1914)*, en Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIV.
7. Freud, S. *Neurosis y Psicosis (1924)*, en Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIX.
8. Hammersley, M. y Atkinson, P. *Etnografía. Métodos de investigación*, 2ª. edición, Barcelona: Paidós, 1992.
9. Julien, P. *Psicosis, perversión, neurosis. La lectura de Jaques Lacan*, Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
10. Kavafis, Konstantinos. *56 poemas. Kavafis*, Madrid: Grijalbo Mondadori, 1998.
11. Kuras de Mauer, S. y Resnizki, S. *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. 2ª. edición, Buenos Aires: Letra Viva, 2004.
12. Laplanche, J. *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona: Paidós, 1993.
13. Lieberman, M. *Entre la angustia y la risa*, México: UAM-X, 2005.
14. Macías López, M. *Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico*, México: Universidad Autónoma de Querétaro y Plaza y Valdes, 2006.

ANEXOS

ANEXO I

A continuación se reproduce -no estereográficamente- el acercamiento que se convirtió en una entrevista inicial:

Alejandro: Buenas tardes doctor, soy Alejandro Olarte, habíamos acordado vernos hoy...

Gustavo Ordaz: Buenas tardes Alejandro, pasa... toma asiento y cuéntame de tu proyecto, bueno ya me dijiste algo por teléfono, pero explícame más detalladamente de qué se trata.

A: Bueno, mi investigación es sobre Acompañamiento Terapéutico en la psicosis, entonces básicamente se trata de recoger los distintos discursos teóricos que se tienen tanto de la psicosis como del Acompañamiento Terapéutico. Por ejemplo, desde la perspectiva histórica de la psiquiatría retomo "El poder psiquiátrico" de Foucault y la visión del sujeto tiranizado por el fármaco desde la perspectiva de Elisabeth Roudinesco; la parte del Psicoanálisis la trabajo partiendo de Freud y me desplazo hacia los planteamientos de Lacan... La parte del Acompañamiento Terapéutico la trabajo desde las propuestas argentinas...

G.O: Bien, se ve que tienes trabajada la parte teórica, pero ¿yo en qué te puedo ayudar?

A: Bueno, la idea es realizar entrevistas y entramarlas con los contenidos teóricos, es decir, recoger el discurso de especialistas, básicamente del campo de la psiquiatría, en sus diferentes visiones; del psicoanálisis, de acompañantes terapéuticos, propiamente dichos... Por otro lado, sería muy enriquecedora la posibilidad de realizar un acompañamiento para así poder hablar tanto en tercera persona como en primera, la verdad es que la experiencia de realizar un acompañamiento sería muy importante para mi investigación.

G.O: ¿Para ti qué es el Acompañamiento Terapéutico?

A: Pienso que el Acompañamiento tiene que ver con el restablecimiento del lazo social que, se dice, está roto en la psicosis; por otro lado, es posible que ese lazo nunca se haya establecido, en ese caso el acompañante se encuentra ante el reto de tratar de establecerlo... Me refiero a que por ejemplo, el paciente en análisis comparte un espacio y un tiempo con su analista, pero fuera de ese espacio es difícil que encuentre contención, por eso la función del acompañante tiene que ver con estar con el paciente en su vida cotidiana, acompañarlo en la vida, en su vida, compartir con él esos espacios en los que el psicoanalista, dado el encuadre de la situación analítica, no puede estar. Bueno... eso, básicamente, creo.

G.O: Bueno, tienes razón, el acompañante tiene la función de estar en la vida cotidiana del paciente, pero no creas que el espacio del psicoanalista está limitado al consultorio, por ejemplo yo me he dado cuenta que el simple hecho de darle mi teléfono de la casa a los pacientes -no necesariamente a los psicóticos- y decirles que pueden llamarme a la hora que lo necesiten, los contiene muy bien, rara vez llaman pero les da seguridad el hecho de poder hacerlo... y cuando han llamado nunca ha sido una llamada larga, no más de 15 minutos, pero ciertamente yo no tengo problema con que me hablen a las tres o cuatro de la mañana y eso les sirve... Pero bueno, lo importante del acompañamiento es lograr trabajar en equipo.

G.O: Dime Alejandro, ¿cualquier persona puede realizar un Acompañamiento Terapéutico?

A: Bueno, yo creo que puede realizarlo cualquier persona, siempre que sea preparada para realizarlo, desde mi perspectiva, es deseable que quien va a acompañar tenga conocimientos psicológicos, o de asistencia social cuando menos.

G.O: Pues sí, puedo hablarte desde mi experiencia de muchos años de haber realizado acompañamientos y de haber formado grupos de acompañantes. Cualquier persona puede realizar un Acompañamiento Terapéutico... de hecho muchas veces han realizado mejores acompañamientos personas que están fuera del mundo "psi". El problema es que muchas veces el trabajo del Acompañante Terapéutico no es reconocido, por ejemplo la familia muchas veces te pregunta: "¿cómo te voy a pagar sólo por llevarlo a tomar un café o al cine?, eso lo puedo hacer yo". Y yo sin más les respondo: "Bueno, pues hazlo". Curiosamente después de eso, te dicen: "Bueno sí, es mejor que lo lleves tú".

Sí, ese es un problema, el pago es el gran problema que se enfrenta en el Acompañamiento Terapéutico, pero bueno, te comento que parece que por fin *la revolución nos hará justicia* y va a haber recursos para poder hacer proyectos en el sentido del tratamiento integral de la gente con problemas de psicosis... Así que bueno, ya sabes que si te interesa, pues bueno, ahí está la convocatoria.

A: Claro que me interesa, de hecho, la problemática en torno a la psicosis me interesó ya desde hace tiempo, a finales del 2006 hubo un Simposio organizado por la UAM-X y el Circulo Psicoanalítico de México, "El Psicoanálisis en la Clínica de la Psicosis", vinieron dos franceses, una pareja... Davoane, se apellida ella, si no me equivoco. Digamos que desde ese momento mi interés se enfocó en la psicosis. A parte a mediados de este año asistí a un seminario de "Acompañamiento Terapéutico en la Psicosis"

G.O: ¿Dónde tomaste el seminario?

A: En el Centro Psicoanalítico Montealbán, también asistí a algunas sesiones del "Seminario de la Clínica de la Psicosis" con el doctor Carlos Plá...

G.O: Sí, los Davoane, tienen mucho tiempo trabajando en la psicosis, y también conozco el trabajo del doctor Plá, hemos trabajado con ellos, también hemos trabajado con instituciones públicas, con el "Fray"; y en privadas como la "Clínica San Rafael". Porque bueno, hay que destacar que el abordaje de la psicosis, debe de realizarse en equipo, el psiquiatra - siempre procurando dosis mínimas-, el psicoanalista, el acompañante y la familia. Y la condición esencial para que una persona sea acompañante terapéutico es básicamente la escucha, y la escucha no nada más saber escuchar o escuchar atentamente, tiene que ver también con no decir pendejadas, hay que trabajar en equipo y es muy importante que cada quien tenga cuidado en no desvirtuar el trabajo del otro... Eso es muy importante, si no se, voy, pregunto, me informo, pero mientras me evito decir una pendejada.

Pero bueno, creo que de lo que hemos platicado hoy ya puedes sacar parte de una entrevista ¿no? Por otra parte, ahorita mi hijo, que acaba de terminar la carrera está haciendo un acompañamiento con una paciente ya de tiempo, es una argentina, pintora, ella hizo esas pinturas (señala dos pinturas que están frente al diván)... pasa un tiempo en México y otro en Argentina, ahorita está aquí y creo que podría aceptar, pienso que de entrada podrías participar en una entrevista donde estén ella, mi hijo y tú; y ya de ahí ver la posibilidad de que la veas tú. Háblame mañana por la noche y ya te tengo una fecha para que se pueda hacer...

ANEXO II

Entrevista que marca el principio del acompañamiento realizado con Ileana:

Alejandro. Ileana, buenos días, muchas gracias por acceder a darme esta entrevista, bueno, ya sabes mi nombre, Alejandro Olarte, soy estudiante de 11° trimestre en Psicología en la UAM-X y la presente entrevista forma parte de mi trabajo de investigación final de la carrera. Como G te había comentado, mi investigación es sobre el Acompañamiento Terapéutico en la Psicosis.

Ileana. Hola Alejandro, mucho gusto. Antes que nada, me disculpo con vos por la tardanza, la verdad es que detesto la impuntualidad, pero estoy en medio de una mudanza y no me fue posible dejar unas cosas a medias, no quiero que vos penses que utilice la demora como algún ejercicio de poder.

A. No te preocupes, yo entiendo que hay ocasiones en que no es posible llegar a tiempo, no hay ningún problema.

I. De cualquier manera me disculpo. Y bueno, sí G me comentó de qué se trataba tu investigación y dijo que vos querías entrevistarme en torno a mi experiencia de haber sido acompañada durante algunas de mis crisis... Pero antes, bueno, contame qué te dijo G de mí...

A. Bueno, me comentó que tú asistías a análisis con él y que su hijo, A, era tu acompañante.

I. Mira, nada más como precisión, asisto a análisis con G, pero A, ya no es mi acompañante, bueno, la verdad es que habíamos quedado en que iba a serlo pero él entró a un trabajo que le demandaba mucho tiempo y vos sabes que el acompañamiento no es algo que se pueda hacer nomás en los tiempos libres... Pero bueno, dime de qué te gustaría hablar.

A. Bien, pues básicamente me gustaría saber de ti, en general, a qué te dedicas, tus intereses, saber de tu vida...

I. Bueno, pues vos sabes soy artista, soy pintora y me dedico básicamente a mi obra... Conozco a G porque él me trata, bueno, más bien es mi amigo psicoanalista con quien platico regularmente y me apoya cuando lo cuando lo requiero; sin embargo, con quien me trato es R él es psiquiatra y psicoanalista, pero me trata más bien como psiquiatra y cuando lo he requerido me ha sugerido o me ha puesto con acompañante. D fue mi acompañante la última vez que tuve una crisis fuerte, ella iba saliendo de una relación y no estaba tan bien, así que de hecho nos acompañamos las dos. Pero bueno, vos quieres hablar sobre mi trastorno, ¿no?

A. Bueno, yo quiero que me cuentes sobre ti... La verdad es que voy a reservar tu nombre, así que la idea es que me platiques lo que tú quieras, que te sientas cómoda con lo que me platicas...

I. Me gusta pensar en esto como una conversación y no como una entrevista, bueno, sé que la vas a utilizar como parte de tu investigación, pero si lo hablamos como una conversación no me siento como bicho...

A. La idea es que tú te sientas cómoda, honestamente yo no creo en roles asignados invariablemente, yo creo que esta conversación es un encuentro entre sujetos, donde los dos se escuchan y donde lo importante no es una "observación científica" sino el encuentro que se trama entre dos sujetos. Sin embargo, es difícil comenzar la conversación sin sentirme un poco incómodo con el tema, me refiero a que bueno, mi trabajo es sobre el Acompañamiento Terapéutico en la Psicosis, y bueno, la sola palabra psicosis, implica un diagnóstico, mismo que puede o no, traducirse en estigma... qué te parece si me hablas un poco de eso, cómo viviste el diagnóstico, qué implicó para ti...

I. Tienes razón el diagnóstico si implica un estigma, de hecho a mi me diagnosticaron en Argentina en el 2002 con Psicosis Maniaco Depresiva... En ese tiempo estaba muy mal, poco tiempo antes, aquí en México, estaba en análisis con J mi psicoanalista, llevaba ya 8 años con ella y estábamos trabajando con esa cuestión del Nombre del Padre, y bueno, yo vengo de unos padres, donde los dos, mi padre y mi madre, son de egos muy fuertes, mi padre es... bueno tiene negocios, me molesta la palabra, pero es empresario y mi madre es abogada, ambos son muy exitosos y fueron... digamos muy tiranos... Entonces, yo estaba trabajando eso en el análisis y J yo creo que de manera inconsciente o al menos en ese momento ella no se dio cuenta, comenzó a tratar antes que a mí, es decir en la sesión previa a la mía, a CP - obvio en ese momento yo no sabía quién era- yo lo vi y no sabía quién era pero él me llamó la atención, alto, blanco, blondo, con barba, me di cuenta que era sudamericano también. Y una ocasión me lo encontré en la farmacia y vi su nombre en la receta y era CP hijo de CP, ¿sabes lo que significó para mi, darme cuenta que J. estaba tratando a un hijo de un hombre importante antes que a mí? Me sentí emputada y desplazada, me enojé le dije que no me parecía, le di un portazo y no regresé con ella.

Poco después me fui a Argentina, pero desde aquí comencé a tener crisis de angustia, vi algunos psiquiatras aquí, pero bueno, nadie me decía qué era lo que yo tenía, nomás le daban vueltas, que si un trastorno bipolar, que si era maniaco-depresiva del tipo 1 o del 2, pero si me comenzaron a dar medicamento XXXX, yo investigué y para qué era esa medicamento y era un antipsicótico, el psiquiatra me había dicho que yo no tenía psicosis, y si yo no tenía psicosis para qué me daba un antipsicótico; aparte ese con esa medicina comencé a engordar y andaba toda jodida, no me sentía bien, nomás andaba

somnolienta todo el tiempo, y bueno yo soy de cuidar la figura y esa medicina estaba jodiendo mi cuerpo ... Pero ya en Argentina tuve una crisis muy fuerte, no podía tragar y yo ya estaba desesperada ¿sabes lo que se siente no poder tragar? es horrible, yo no podía ni comer... entonces allá me llevaron con C. una psiquiatra y yo le pedí que me dijera qué era lo que yo tenía... yo no podía seguir sin saber qué era lo que tenía. C. que es mi psiquiatra en Argentina me dijo que tenía psicosis maniaco-depresiva y me recetó XXXX que era un tratamiento mejor que el que me habían dado en México, ese fármaco ya me asentó mucho mejor, no me hacía engordar, ya luego me jodió otras cosas, acabó con mi estómago y me dio gastritis... Pero bueno, al menos supe qué enfermedad tengo y ya así pues se puede tratar. La verdad mi experiencia con los psiquiatras no ha sido buena, nunca te dicen que tienen, te cambian de medicamento de golpe sin considerar el daño que te puede hacer, por ejemplo un tiempo me estuve tratando con Emilio, él también es psiquiatra y, dice que psicoanalista, pero la verdad es que de psicoanálisis no sabe ni jota; un día le dije que me sentía mal y me cambió el medicamento XXXX de golpe por YYYY y eso me jodió, yo me sentía peor, investigué para que era el tratamiento nuevo que me estaba dando, era Aldol, y eso tiene efectos secundarios terribles, a parte me dio una dosis muy fuerte y yo no me podía dedicar a mi obra, me enfurecí, lo putee y tampoco volví con él... Luego G, que ya era mi amigo, me recomendó a R, que es con quién me trato en México actualmente.

Honestamente los psiquiatras de México me dan desconfianza, sin embargo R, tiene algo especial, yo llego con él bien loca y después de la sesión salgo mucho más tranquila y aparte él ha respetado algo que para mí es fundamental, yo necesito una dosis muy sutil, ni tan alta ni tan baja de medicamento y de medicamentos poco agresivos, de lo contrario, no puedo trabajar, no puedo crear, no puedo dedicarme a mi obra y eso para mí es lo principal... R ha respetado eso y estoy muy a gusto con él.

Pero te decía que mi experiencia con los psiquiatras ha sido mala, porque también con C, la psiquiatra que me trata en Argentina, también ella, con ella yo tenía un acuerdo, de estar en contacto con ella para que ella me manejara el medicamento y me orientara, ella antes era completamente biologicista, ahora curiosamente se ha ido haciendo más mística, más espiritual, pero teníamos un acuerdo y ella también falló en el sentido de que le mandé un mail, preguntándole por un nuevo medicamento y por cuál era la dosis conveniente para mí, y respondió, sí 25 días después, si yo hubiera tendido una crisis en esos días ella no se hubiera enterado y su respuesta a mi no me hubiera servido ya de nada...

Pero por otro lado, estar enferma es bien jodido, porque nadie entiende qué te pasa, ni tú misma... Los amigos huyen de ti y las parejas no

entienden nada... Yo estuve casada y no funcionó, pero la verdad es que él nunca entendió mis problemas, también he tenido varias parejas después, por ejemplo con mi última pareja, ella también tenía el trastorno, pero no se trataba y bueno, entonces cuando explotábamos las dos pues era terrible... A las parejas les cuesta trabajo hablar, no pasan por la elaboración de la palabra y de pronto el único momento de comunicación que encuentras es cuando hay relaciones sexuales, pero eso no es todo ni lo más importante, lo más importante es la intimidad y la intimidad tiene que ver con la palabra, con la conversación, con sentir al otro... con considerarlo. Y bueno, yo te puedo decir que una de mis parejas ha sido epiléptica, y eso también está bien jodido, sin embargo yo nunca me espanté con su enfermedad ni con los ataques que llegaban a darle, pero él no era capaz de comprender ni mi estado ni las crisis que pueden darme. Te dije ya que la última chica con la que me relacioné también era maniaco-depresiva y yo tampoco me espanté, el problema era que no había intimidad en lo que a la palabra corresponde y así uno se siente sólo y las cosas no pueden funcionar. Pero si no me espanté fue porque he visto la locura siempre, no es nuevo para mí he tenido trastornos mentales en mi familia por los dos lados, de lado de mi madre y de lado de mi padre, mi madre misma unipolar, es depresiva, desde que se separó de mi padre nunca se repuso a parte ella es alcohólica y nunca ha reconocido su unipolaridad, nunca se ha tratado, pero nunca ha salido de ahí, tres de mis seis hermanas tienen trastornos mentales, por el lado de mi padre, también hay casos, una tía se suicidó durante el período depresivo de su trastorno maniaco-depresivo...

Así, como vos verás con la familia tampoco se puede contar cuando eres sufriente, no se diga... ellos menos escuchan, menos entienden, hay que estar lejos de ellos para estar mejor, imagínate toda mi familia está en Argentina y yo estoy en México, cierto que los veo cada año, pero no aguanto estar cerca de ellos más de tres meses al año, de hecho ahorita me importa que R me deje bien porque más o menos para el 20 de diciembre viajo para Argentina y pasa que allá me pongo mal, mi familia me pone demente... el año pasado, por ejemplo, yo estuve a punto de claudicar, yo ya quería hasta que me internaran que me pusieran a dormir para olvidarme de mi y de todos... y aquí es lo que yo le he pedido a G y a R, que nunca me internen, que no me saquen de mi mundo, que me dejen con mis libros, con mis telas, con mi obra, con mis gatos. Y eso es algo que tengo que reconocerles, nunca me han internado, en la última crisis que tuve, estuve tan mal que incluso G me ofreció quedarme a reposar en su casa, no pasó, más bien me pusieron acompañantes en mi casa y así salí sin que me internaran, pero valoré mucho el hecho de que G me ofreciera su casa para reponerme, eso no lo hace cualquiera.

A. ¿Cómo es que llegaste a México?

I. Sabes yo llegué a México hace 19 años, el pretexto fue mi interés por el arte prehispánico, pero la verdad es que yo tenía que estar lejos de mi familia para poder desarrollar mi obra, para poder crear mi obra... Así que la versión oficial era que yo venía temporalmente para estudiar el arte prehispánico, pero yo no sabía todavía que yo no podía crear mi obra cerca de ellos, cuando estuve acá me di cuenta que me sentía bien y no me costó trabajo darme cuenta que me sentía bien porque estaba lejos de ellos, entonces ya me quedé acá... A parte lo que siempre me ha salvado es el arte, la pintura, mi obra... me he dado a la tarea de leer mucho sobre arte y psicoanálisis, sobre arte y locura... me he dado cuenta que un montón de artistas, pintores, músicos, escultores, etcétera también han sido maniaco-depresivos o han tenido otras formas de locura [aquí cita una gran cantidad de ejemplos y un texto, *Marcados con fuego*, de Hamilton, publicado por el Fondo de Cultura Económica, que aborda exhaustivamente, de hecho también hace una larga lista de referencias bibliográficas que dan cuenta del tema, me ofrece copias de los libros, me dice cuáles puedo conseguir aquí y cuáles en Argentina... el listado de textos y la aparente precisión de las referencias es sorprendente]. Yo no podría vivir sin el arte, sin mi obra; de las cosas más difíciles de mi vida fue mi periodo de formación en Rosario, mis padres no entendían que yo quisiera dedicarme al arte, ya he dicho que los dos eran egos muy fuertes, tiránicos ambos, me obligaron a estudiar matemáticas en un colegio de alto rendimiento en Rosario, pero no creas que matemáticas abstractas, con aire filosófico, no, se trataba de matemáticas contables, terrible... y eso me absorbió tanto que durante mucho tiempo no pude ni pensar en mi obra.

Pero bueno vos me preguntaste de cuando llegué a México... años después de que llegué acá comencé a tener crisis y una amiga, bueno, que en ese momento era mi pareja me dijo que yo tenía que ir con uno de los mejores psicoanalistas de México y me recomendó con un sudamericano, CP. Ella no estaba en análisis con CP, sino con LF, seguro vos la conoces, seguro ella ha sido tu maestra, ella da clases en la UAM-X y vos hablas parecido a ella...

A. Sí la conozco y sí ha sido mi maestra...

I. Pues por aquel tiempo, ella era la analista de mi pareja y ella fue quien recomendó a CP para que me analizara, pero él no pudo analizarme por falta de tiempo... pero él fue quien me recomendó con J, la analista con la que estuve 8 años... y luego me sale con que antes que a mí atendía al hijo de CP, claro que me emputé y por eso no regresé con ella... pero de eso ya te hablé antes...

A. Ileana constantemente mencionas tus crisis, ¿podrías hablarme un poco más de ellas?

I. Claro... mira estar enfermo, ya le digas psicosis, manía, depresión, del tipo que quieras, trastorno, enfermedad... es lo mismo, no importa cómo se diga... se está jodido y yo me veo a mi misma, no como paciente, no como enferma... soy un ser sufriente... menguante. Es como ser un trompo con tus emociones, de pronto estás bien contenta, muerta de risa y al momento siguiente estas llorando muerta de tristeza por lo mismo que un segundo antes estabas muerta de risa... En la parte de la manía estás bien, trabajas, hablas... pero sólo estás bien en apariencia, por ejemplo a mi me da por ir a Gandhi a comprar libros, adoro los libros, pero voy y estoy feliz comprando cualquier cantidad de libros hasta que me quedo sin un peso y luego eso mismo me pone triste a morir. Hay veces que esos cambios te pasan en un solo día muchas veces al día, pero hay otras veces que son periodos, yo cuando estoy en la manía me pongo a trabajar en mi obra, estoy metidísima, creando y creando, pero luego me quedo vacía... y nada tiene sentido, tú no sabes el trabajo que cuesta siquiera moverse, tomar la taza de café para dar un trago implica un esfuerzo aterrador, hay veces que no puedes ni siquiera moverte y luego aparte de triste me pongo enojada y puteo por todo, pienso en voz alta, bronqueo y puteo todo el tiempo, obviamente nadie aguanta eso, los amigos desaparecen, sólo M me ha ayudado una vez me estuvo cuidando en un periodo de crisis y fue bien complicado para él, porque por ese tiempo el estaba saliendo con dos chicas... una de ellas se enojaba porque él iba conmigo... y M le dijo, "mira tengo que cuidar a mi pivita" y a diario me iba a ver y a estar conmigo mínimo un rato, y yo estaba puteando todo el tiempo enfurecida, sin moverme... Mira Alejandro -me enseña cicatrices que tiene en el dorso de sus manos- yo no te voy a decir que estas cicatrices son arañazos de gato, ¡No, para nada! yo me las he hecho, y eso nadie lo entiende ni los psicoanalistas ni los psiquiatras, no entienden porque no lo pueden entender, no entienden la desesperación de no sentir ni tu propio cuerpo, entonces me hago daño para recuperar mi Yo, para recuperar mi cuerpo, para regresar... para no quedarme de aquel lado, porque si uno se queda allá nomás no regresa. No regresa a esta realidad, vos sabes, esta realidad del dinero, del consumo, del poder... es terrible, un psicótico siempre tiene dificultad para funcionar bien aquí, pero si se rompe el hilo ya es imposible.

Una vez le pregunté a G: "dime G, ¿qué pasa si se rompe el hilo, que pasa si uno se queda de aquel lado, puede uno regresar, hay forma de regresar?... y él comenzaba a decirme cosas, a andarse por las ramas, y yo le dije: al chile, como dicen aquí, dime al chile... Y él me respondió que no... que si el hilo se rompe, uno no regresa, se queda uno desconectado."

Pero ahí es cuando el acompañante entra... a estar en esos momentos, a no dejarte sola... y eso puede evitar que te mates... porque es un pedo bien jodido... sientes que no vales nada, que nada sirve... quieres hacerte daño y que todo se joda de una vez... A parte no es nada más como te sientes, a parte

están las voces que te dicen: “Matate boluda, para qué seguís viva, no vales nada, vos sos una mierda, a nadie le importas, mejor ya matate boluda de una vez”... Entonces es más difícil, sí necesitas ayuda, necesitas apoyo y ahí es donde entra el acompañante...

A. Hablando de esto, de acuerdo a tu experiencia, cuáles crees que sean las funciones del acompañante terapéutico, por un lado, y por otro cuáles son las características deseables que se requieren para ser acompañante terapéutico...

I. Mira yo creo que la principal función del acompañante es dar contención, contenerte cuando te desbordas... cuidarte cuando no puedes hacerlo por ti misma, escucharte. Porque bueno, nadie escucha, yo creo que si te enfermas, es porque tu familia no te escuchó, no te contuvo ni te consideró... uno se enferma porque en un momento de la vida, de bien pequeño fue borrado como sujeto... si no eres escuchado estás borrado. Entonces yo creo que el acompañante debe saber escuchar... y no ser mandón, también tiene que ponerte límites, pero sin ser mandón... sin mirarte con ojos de “ay pobrecita loca” o “ay pobrecita enferma”... porque bueno, déjame decirte que uno como psicótico tiene una cierta percepción y te das perfectamente cuenta de cómo es que el otro te mira...

Mira yo creo que lo más importante para que alguien pueda ser acompañante es que sea capaz de sentir el dolor del sufriente, de convivir con el dolor del menguante, porque si el dolor del otro no te duele no puedes comprenderlo ni estar cerca... para ser acompañante tienes que poder amar al otro y no puedes amar al otro si no eres capaz de sentir su dolor... de convivir con eso.

A. Bueno, Ileana, quiero agradecerte el haber conversado conmigo, he disfrutado mucho de este encuentro y ojalá pudiéramos seguir conversando otra ocasión.

I. Yo también disfruté mucho nuestra conversación, la verdad lo que uno necesita es que alguien lo escuche y vos me escuchaste, claro que me gustaría platicar con vos en más ocasiones.

A. Muchas gracias.

Anexo III

Solicitudes de información

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA



OFICIO No. SAP/ **01148** /07

Asunto: **Relacionado con solicitud de información**

México D.F. 30 de mayo de 2007

Doctor
VICTOR MANUEL GUERRA ORTIZ
Director General de Tecnologías de la
Información y Titular de la Unidad de Enlace
P r e s e n t e

Por medio del presente y a efecto de dar cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, en cuanto a la solicitud de información no. 0001200151407 con oficio no. 1945, recibido el día 23 de mayo del año en curso, donde requiere se le proporcione respuesta a la siguiente información:

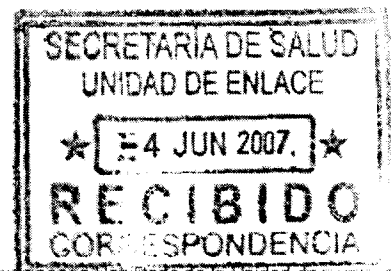
¿En que dirección electrónico puedo acceder al Programa de Acción en Salud Mental 2007-2012? ¿Qué importancia se le otorga a la Salud Mental en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012? ¿Cuál es presupuesto asignado al rubro de la Salud Mental para el 2007?

Sobre el particular, adjunto al presente me permito enviar la información solicitada en impresión y medio magnético.

Sin otro particular, quedo a su disposición para cualquier aclaración y aprovecho la ocasión para enviarle un atento saludo.

**EL TITULAR DE LOS SERVICIOS DE
ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**


DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO



Con copia para:
C. ALICIA BARNARD AMOZORRUTIA.- Directora del Centro de Documentación Institucional y Funcionario Habilitado de la Unidad de Enlace.- Presente.
MTRO. RUBEN HERNANDEZ CENTENO.- Director de Administración de los Servicios de Atención Psiquiátrica.- Presente.
LIC. J. ROLANDO VARGAS REYNA.- Subdirector de Programación y Presupuesto y Funcionario Habilitado como Enlace.-Presente.
Bibliorato

CCS:RHC/JRVR/gfm*

Por primera vez en la Historia de la Atención Psiquiátrica, El Lic. Felipe Calderón H. Presidente de la República estableció la consigna de consolidar un modelo de atención ambulatorio único en América Latina, por lo que se ha diseñado una Red Nacional de Psiquiatría y Salud Mental, a través del prototipo de UNEMES de Salud Mental.

En cuanto al Programa de Acción de Salud Mental 2007 – 2012, aún se encuentra en proyecto, pero con el financiamiento que se esta disponiendo para algunas de estas acciones, se elevará por arriba del 1% del presupuesto asignado para la atención a la salud.

La Dirección electrónica en la que puede acceder para mayor información es.
<http://sap.salud.gob.mx> en el icono de Red Nacional de Psiquiatría y Salud Mental.

El presupuesto autorizado para el presente ejercicio, para este Órgano Desconcentrado Servicios de Atención Psiquiátrica es de \$119'842,702.00, sin incluir servicios personales.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA



OFICIO No. SAP/ 01137 /07

Asunto: **Relacionado con solicitud de información**

México D.F. 29 de mayo de 2007

Doctor
VICTOR MANUEL GUERRA ORTIZ
Director General de Tecnologías de la
Información y Titular de la Unidad de Enlace
Presente

Por medio del presente y a efecto de dar cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, en cuanto a la solicitud de información no. 0001200151307 con oficio no. 1902, recibido el día 21 de mayo del año en curso, donde requiere se le proporcione respuesta a la siguiente información:

¿Cuántos hospitales psiquiátricos dependientes de la Secretaría de Salud existen en el país? ¿Cuáles son estos hospitales? ¿Cuál es la política gubernamental en relación a la Salud Mental?

Sobre el particular, adjunto al presente me permito enviar la información solicitada en impresión y medio magnético.

Sin otro particular, quedo a su disposición para cualquier aclaración y aprovecho la ocasión para enviarle un atento saludo.

**EL TITULAR DE LOS SERVICIOS DE
ATENCION PSIQUIATRICA**


DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO



Con copia para:

C. ALICIA BARNARD AMOZORRUTIA.- Directora del Centro de Documentación Institucional y Funcionario Habilitado de la Unidad de Enlace.- Presente.

MTRO. RUBEN HERNANDEZ CENTENO.- Director de Administración de los Servicios de Atención Psiquiátrica.- Presente.

LIC. J. ROLANDO VARGAS REYNA.- Subdirector de Programación y Presupuesto y Funcionario Habilitado como Enlace.-Presente.
Bibliorato

CCS/RHC/JRVR/gfm*

Entre los Hospitales dependientes de la Secretaria de Salud tenemos los siguientes:

Entidad	Unidad Hospitalaria
Aguascalientes	Centro Neuropsiquiátrico
Baja California	Centro de salud
Baja California Sur	Psiqu de Chametla
Campeche	Psiquiátrico Manuel Campos
Colima	Hosp. de Ixtlahuac
Coahuila	Centro Estatal de Salud Mental
	Parras de la Fuente
Chihuahua	Chihuahua
	Civil Libertad Cdad Juárez
Distrito Federal	Fray Bernardino Alvarez
	Juan N Navarro
	Samuel Ramirez Moreno
Durango	Miguel Valle Bueno
Edo de México	José Sayago
	Adolfo Nieto
	La Salud
Guanajuato	San Pedro del Monte
Hidalgo	Villas Ocaranza
Jalisco	Psiquiátrico de Jalisco
	Psiquiátrico de San Juan de Dios
Michoacán	Dr. José Torres
Nuevo León	Psiquiátrico de Monterrey
	Nuestra Señora de las Mercedes
Oaxaca	Cruz del Sur
Puebla	Dr. Rafael Serrano
	Nuestra Señora de Guadalupe
San Luis Potosí	Everardo Neumann Peña
Sinaloa	Alfonso Millán
Sonora	Cruz del Norte
	Carlos Nava Muñoz
Tabasco	Villahermosa
Tamaulipas	Tampico
Veracruz	Víctor Manuel Concha
	Jalapa
	Veracruzano
Yucatán	Mérida
Total :	23
	Total : 36

En relación a la política gubernamental para la Salud Mental, se encuentra sustentada en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Nacional de Salud, así como en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el D.O.F. 19.1.2004 que señala que todo lo que compete a los Hospitales Psiquiátricos Estatales estará regulado por parte del Consejo Nacional de Salud Mental y lo propio a los Hospitales Psiquiátricos Federales del DF. corresponde a los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Anexo IV
Norma Oficial NOM 025 SSA2
1994

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Secretaría de Salud.

HECTOR FERNANDEZ VARELA MEJIA, Director General de Regulación de los Servicios de Salud, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 38 fracción II, 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, 3o. fracción VI, 5o., 6o. fracción I, 7o. fracción I, 9o., 14, 32, 33, 72, 73, 74, 75, y 76 de la Ley General de Salud y en los artículos 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, y 133, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 8o. fracción IV y 24 fracción II y XV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

Introducción

Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

La entrada en vigor de la presente Norma, deberá considerar que, tanto por el monto de la inversión requerida, como por el número de recursos humanos necesarios y su capacitación, su cabal cumplimiento deberá atender a la determinación de los plazos pertinentes para el desarrollo de los servicios, tomando en cuenta la condición específica de cada Entidad Federativa. Sin embargo existe la urgente necesidad de que a la mayor brevedad posible la vigencia de la presente Norma Oficial Mexicana opere en plenitud.

1. Objetivo

1.1. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico- psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.

2. Campo de aplicación

2.1. Esta Norma Oficial Mexicana es de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.

3. Definiciones

PARA EFECTOS DE ESTA NORMA, SE ENTENDERÁ POR:

3.1. Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica:

Los establecimientos de salud que disponen de camas, y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan de un trastorno mental.

3.2. Usuario:

Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica.

3.3. Enfermedad Mental:

Es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de enfermedades mentales vigente, de la Organización Mundial de la Salud.

3.4. Atención Integral Médico-Psiquiátrica:

Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

3.5. Rehabilitación Integral:

Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.

3.6. Educación para la Salud Mental:

Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

3.7. Promoción de la Salud Mental:

Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

3.8. Detección y Manejo Oportuno de Casos en la Comunidad:

Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.

3.9. Exámenes de Laboratorio Mínimos Indispensables:

Biometría hemática, Química sanguínea, Examen general de orina.

En caso de sospecha clínica de SIDA, se seguirán los criterios señalados en la NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.10. Reforzador:

Es cualquier estímulo situacional cuya presencia provoca el incremento o decremento de la frecuencia con que se manifiestan ciertas conductas.

4. Disposiciones generales

4.1. Son actividades inherentes a los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica las siguientes:

4.1.1. Preventivas.

4.1.2. Curativas.

4.1.3. De Rehabilitación.

4.1.4. Enseñanza y Capacitación, e

4.1.5. Investigación Científica.

4.2. Para ofrecer atención médica de calidad a los usuarios, las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, deben contar con los siguientes elementos:

4.2.1. Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones.

4.2.2. Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que establezca la autoridad sanitaria competente y con base en las propias necesidades de las Unidades.

4.2.3. Procedimientos para que en la Unidad prevalezcan el ambiente cordial, técnicamente eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral médico-psiquiátrica.

4.2.4. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de urgencias.

4.2.5. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa.

4.2.6. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial.

4.2.7. Recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con la enfermedad mental y, en su caso, referencia oportuna al nivel de atención requerido, intra o extrahospitalario.

4.2.8. Programa General de Trabajo.

4.2.9. Reglamento Interno.

4.2.10. Manuales técnico-administrativos.

4.3. Las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar, según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, de acuerdo a lo siguiente:

4.3.1. Con episodio agudo.

4.3.2. De larga evolución.

4.3.3. Hombres.

4.3.4. Mujeres.

4.3.5. Niños.

4.3.6. Adolescentes.

4.3.7. Adultos.

4.3.8. Ancianos.

4.4. El ingreso de los usuarios a las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio y se ajustará a los procedimientos siguientes:

4.4.1. El ingreso voluntario requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

4.4.2. El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.

Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución.

4.4.3. El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

4.5. El egreso del usuario del servicio de hospitalización podrá ser por los siguientes motivos:

4.5.1. Curación.

4.5.2. Haberse cumplido los objetivos de la hospitalización.

4.5.3. Mejoría.

4.5.4. Traslado a otra institución.

4.5.5. A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios.

4.5.6. A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento del usuario.

4.5.7. Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del hospital.

4.5.8. Disposición de la autoridad legal competente.

4.5.9. Defunción.

4.6. Las unidades que prestan servicio de atención hospitalaria médico psiquiátrica, deberán mantener un programa de atención integral que comprenda los siguientes aspectos:

4.6.1. Tratamiento médico y psicosocial, de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos.

4.6.2. El aislamiento del enfermo sólo se aplicará de manera excepcional y para proteger la salud y la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento.

4.6.3. Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información.

4.6.4. Alimentación con características higiénicas, nutritivas y dietéticas adecuadas.

4.6.5. Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario en su tratamiento.

4.6.6. Relación del personal con los usuarios basada en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos y a sus pertenencias.

4.6.7. El personal que labora en las unidades para la prestación de servicios médicos psiquiátricos, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios.

4.6.8. Proporcionar servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, que garantice el que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones.

4.6.9. Promover la participación de la familia y la comunidad en el proceso de la atención a los usuarios.

4.6.10. Promover la integración de los comités hospitalarios siguientes:

- Ética y vigilancia
- Auditoría médica
- Mortalidad
- Infecciones intrahospitalarias
- Garantía de calidad de la atención
- Comités ciudadanos de apoyo

5. Actividades preventivas

5.1. Las actividades preventivas se llevan a cabo en espacios intra y extrahospitalarios.

5.2 Las actividades preventivas se efectuarán en los siguientes servicios:

5.2.1. Consulta externa y hospitalización.

5.3. Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

5.3.1. Educación para la salud mental.

5.3.2. Promoción de la salud mental.

5.3.3. Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad.

5.3.4. Detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren.

5.3.5. Información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.

5.3.6. Promoción para la integración de grupos con fines de autoayuda.

6. Actividades curativas

6.1. Las actividades curativas se llevarán a cabo en los servicios siguientes:

6.1.1. Consulta Externa.

6.1.2. Urgencias.

6.1.3. Hospitalización continua.

6.1.4. Hospitalización parcial en sus diferentes modalidades.

6.2. El proceso curativo en el servicio de consulta externa, se llevará a cabo mediante las acciones siguientes:

6.2.1. Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.

6.2.2. Apertura del expediente clínico.

6.2.3. Elaboración de la historia clínica.

6.2.4. Estudio psicológico.

6.2.5. Estudio psicosocial.

6.2.6. Exámenes de laboratorio y gabinete.

6.2.7. Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

6.2.8. Referencia en su caso, a hospitalización en la propia Unidad o a otra unidad de salud, para su manejo.

6.3. Las actividades curativas en el servicio de urgencias, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes:

6.3.1. Valoración clínica del caso.

6.3.2. Manejo del estado crítico.

6.3.3. Apertura del expediente clínico.

6.3.4. Elaboración de la nota clínica inicial.

6.3.5. Hospitalización.

6.3.6. Envío a consulta externa, o

6.3.7. Referencia, en su caso, a otra unidad de salud para su manejo.

6.4. Las actividades curativas en los servicios de hospitalización continua o parcial y el ingreso y egreso de usuarios, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes:

6.4.1. Ingreso:

6.4.1.1. Examen clínico.

6.4.1.2. Elaboración de nota de ingreso.

6.4.1.3. Elaboración de historia clínica.

6.4.1.4. Realización de exámenes mínimos indispensables y pertinentes, de laboratorio y gabinete.

6.4.1.5. Revisión del caso por el médico responsable y el equipo interdisciplinario.

6.4.1.6. Realización de exámenes complementarios en caso necesario.

6.4.1.7. Establecimiento de los diagnósticos probables, el pronóstico y el plan terapéutico, en un plazo no mayor de 48 horas y

6.4.1.8. Elaboración de la nota de revisión.

6.4.2. Visita Médica Diaria:

6.4.2.1. Valoración del estado clínico.

6.4.2.2. Interpretación de resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete.

6.4.2.3. Solicitud de interconsulta, en su caso.

6.4.2.4. Revisión del tratamiento, y

6.4.2.5. Elaboración de la nota de evolución, con la periodicidad necesaria.

6.4.3. Revaloración Clínica:

6.4.3.1. Revisión del caso por el Director Médico o el Jefe del Servicio, por lo menos una vez cada semana en caso de trastornos agudos y cada mes en casos de larga evolución o antes, a juicio del Director Médico o del Jefe de Servicio, o a solicitud del usuario o de sus familiares responsables, o a solicitud de alguno de los comités del hospital.

6.4.3.2. Actualización de exámenes clínicos.

6.4.3.3. Elaboración de notas clínicas que indiquen la evolución y en su caso la necesidad de continuar hospitalizado.

6.4.4. Interconsulta en la propia Unidad u otras de apoyo que cuenten con la especialidad requerida:

6.4.4.1. Solicitud escrita que especifique el motivo.

6.4.4.2. Evaluación del caso por el servicio solicitado.

6.4.4.3. Proposición de un plan de estudio y tratamiento.

6.4.4.4. Elaboración de la nota de interconsulta.

6.5. Egreso:

6.5.1. Valoración del estado clínico.

6.5.2. Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

6.5.3. Enunciado del pronóstico y de los problemas clínicos pendientes de resolución.

6.5.4. Referencia a un programa terapéutico, en caso necesario.

6.5.5. Referencia en su caso, a un programa de rehabilitación psicosocial.

6.5.6. Concertación de la cita del usuario al servicio de consulta externa o de hospitalización, o referencia del mismo a otra unidad de salud si procede, y

6.5.7. Elaboración de la nota clínica de egreso, informando el plan de egreso al usuario y a sus familiares o responsable legal.

6.6. Cualquiera que sea la causa del egreso del usuario, éste tiene derecho a continuar recibiendo la atención que requiere, de acuerdo con los principios científicos y éticos de la práctica médica.

7. Actividades de rehabilitación integral

7.1. Las actividades de rehabilitación se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las cuales comprenderán:

7.1.1. Acciones intrahospitalarias:

7.1.1.1. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la rehabilitación física y mental, que en su caso incluyan el desarrollo de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, así como la prevención y atención a deformidades físicas en cada paciente; la conciencia de su cuerpo, del espacio y el desarrollo de sus sentidos, que lo posibiliten para la elaboración de trabajos manuales, participación en actividades deportivas y autocuidado.

7.1.1.2. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre los pacientes y con el personal de la institución, los familiares, la comunidad y amistades del usuario, que promuevan el proceso para su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales.

7.1.1.3. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia.

7.1.1.4. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas de reforzadores.

7.1.1.5. Diseñar, promover, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del paciente a la vida productiva, y si es el caso, gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

7.1.2. Las acciones intermedias comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen el área cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física.

7.1.3. Acciones extrahospitalarias:

7.1.3.1. El hospital debe estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes.

8. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios

Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico- psiquiátrica, el usuario tiene derecho a:

8.1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

8.2. No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

8.3. Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quienes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.

8.4. Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.

8.5. Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.

8.6. Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea.

8.7. Que tengan acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.

8.8. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.

8.9. Recibir atención médica especializada, es decir por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

8.10. Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.

8.11. Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en la expediente clínico del paciente.

8.12. Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

8.13. Negarse a participar como sujeto de investigación científica, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.

8.14. Solicitar reuniones con su médico y profesionales que lo estén tratando.

8.15. Solicitar la revisión clínica de su caso.

8.16. Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.

8.17. Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de una retribución justa.

8.18. Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, y en su caso denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.

8.19. No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida quedará, en todo momento, al cuidado y vigilancia de personal calificado.

8.20. Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los servicios telefónicos, así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.

8.21. Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.

8.22. Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico.

8.23. Recibir asistencia religiosa, si así lo desean.

8.24. Obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

9. Obligaciones del personal de las unidades de atención integral médico- psiquiátrica

9.1. El personal de las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico- psiquiátrica deberá tratar al usuario en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia, nacionales e internacionales ratificados por nuestro país.

10. Enseñanza, capacitación e investigación científica

10.1. Las actividades de enseñanza en las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico- psiquiátrica, se realizarán de acuerdo con los principios de la ética médica y los objetivos y posibilidades de la Unidad hospitalaria.

10.2. La capacitación del personal en los servicios de atención integral hospitalaria médico- psiquiátrica, se realizará de acuerdo con las necesidades del personal prestador de servicios, de manera continua y sistemática.

10.3. Las actividades de investigación científica que se realicen en las Unidades de atención integral hospitalaria médico- psiquiátrica, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud y su reglamento en materia de Investigación para la Salud.

11. Concordancia con normas internacionales

11.1. Esta Norma tiene concordancia con la Norma Internacional "Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental", publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

12. Apéndices

12.1. Apéndice A (Normativo)

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente.

12.2. Apéndice B (Informativo)

- Organización de comités ciudadanos de apoyo, en las unidades hospitalarias de atención integral médico- psiquiátricas:

- Los Comités estarán legalmente integrados de conformidad con la legislación civil y no tendrán fines lucrativos ni partidarios.

- Estarán conformados por personas interesadas que conozcan el área de la salud mental, para garantizar su apoyo a las unidades hospitalarias de atención integral médico- psiquiátricas.

- No intervendrán en la administración directa de los recursos de las Unidades.

- Participarán con un representante idóneo en el comité de ética y vigilancia de conformidad con los procedimientos que para su conformación se establecen.

- Deberán observar la normatividad de las Unidades, guardando reserva de la información que por sus funciones conozcan y el respeto a la confidencialidad del expediente clínico que es de acceso exclusivo del personal de las Unidades. Podrán tener acceso a los expedientes clínicos, los médicos de los comités ciudadanos de apoyo que hayan obtenido la autorización del paciente o de su representante legal y que, por tanto, queden legal y profesionalmente acreditados, siendo ellos en lo personal, los responsables de la información que manejen en términos de la legislación sanitaria, penal y de profesiones vigente.

Funciones de los comités ciudadanos de apoyo:

- Coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de los usuarios.
- Proponer acciones para la atención y la rehabilitación que en su caso complementen a las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten al usuario.
- Proponer la utilización de recursos e instalaciones en beneficio de los usuarios.
- Proponer cursos y programas de capacitación para el personal.
- Gestionar y promover ante organismos nacionales o internacionales, o en su caso ante personas físicas o morales nacionales o extranjeras, el otorgamiento de recursos financieros o materiales que permitan mejorar las condiciones de las instalaciones y equipo con que cuentan las Unidades.
- Tener acceso a la información relativa a los programas de tratamiento, incluyendo los expedientes clínicos y los aspectos administrativos relacionados con la Unidad, de conformidad con lo estipulado en la ley y en esta norma oficial.
- Denunciar ante las unidades de contraloría y demás instancias legalmente facultadas, la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las Unidades.
- Realizar intercambios académicos y de publicaciones con organismos nacionales e internacionales.

13. Bibliografía

- Ley General de Salud, Secretaría de Salud, tercera edición, México, 1993.
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Diario Oficial de la Federación, México 1 de julio de 1992.
- Compendio de Documentos Elaborados por la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental. Junio 1992- Junio 1993. Secretaría de Salud. México.
- Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Diario Oficial de la Federación, México, 14 de mayo de 1986.

- Norma Técnica 196 Para la Prestación de Servicios de Atención Médica Psiquiátrica en Hospitales Generales y de Especialidad, Diario Oficial de la Federación, México, 21 de agosto de 1987.
- Norma Técnica 144 Para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos, Diario Oficial de la Federación, México, 6 de julio de 1987.
- Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses; Report of de National Advisory Mental Health Council; American Journal of Psychiatry 150; 10 october 1993.
- Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud; Consejo Económico y Social; Naciones Unidas, Ginebra, 1991.
- Compendio Normativo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; Subsecretaría de Servicios de Salud, México, 1994.
- Carta de Derechos Humanos para personas que padecen una enfermedad mental y que están hospitalizadas. Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental IAP agosto de 1991.
- Trastornos mentales y del comportamiento, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

14. Observancia

14.1. La vigilancia y aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

15. Vigencia

15.1. La presente Norma Oficial Mexicana, entrará en vigor en los plazos que se señalan, contados a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación:

Un año para el Distrito Federal, dos años para los estados de Baja California Sur, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí y Sinaloa y tres años para el resto de las entidades federativas.

México, D.F., a 15 de noviembre de 1995.- El Director General de Regulación de los Servicios de Salud, Héctor Fernández Varela.- Rúbrica

**Anexo V. Notas del Diario de Investigación del
Acompañamiento Terapéutico a Ileana
del 19/10/07 al 26/01/08**

Fecha	19/10/07
Actividad	Tomar café y charlar.
Conductas llamativas de la paciente	Fumó demasiado, 15 cigarrillos en dos horas y media.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	Ileana mostró interés en mantener la conversación y fue amable con el acompañante, sin embargo se mostró impaciente e intolerante con los meseros.
Actitud y estado de ánimo	Atenta y jovial.
Comentarios contratransferenciales	A momentos me sentí saturado con la conversación, Ileana habla muy rápido y toca muchos temas sin profundizar en ellos, fue difícil seguirla en la conversación, habló abundantemente de su historia personal, brindó una gran cantidad de datos, sin embargo me daba la impresión de que la ilación cronológica no era continua, de momento hablaba de su infancia, luego de sus parejas, luego de sus padres, luego de sus vecinos, luego de Argentina, luego del arte... Esto sin contar todos los nombres de psicofármacos, de las dosis y los efectos de cada uno. Tengo que confesar que casi no registré los nombres, de niño fui medicado por un psiquiatra y tengo franco rechazo y desconfianza en lo que se refiere a la psicofarmacología... a mí sólo me hacían dormir para que no presentara problemas de conducta, reconozco que esa situación con los fármacos matiza completamente mi percepción negativa tanto de la psiquiatría como de la medicación. De hecho me identifico con ella en el sentido de que <i>en la</i> entrevista manifestó que en ocasiones deja de tomar el medicamento porque se abotaga y no puede crear nada, por esta situación siento simpatía por ella y comprendo su negativa al medicamento.

Fecha	24/10/07
Actividad	Tomar café y charlar.
Conductas llamativas de la paciente	Ileana estuvo alterada, con prisa.
Grado de interacción	Presentó una llamativa desconexión, estaba ahí pero

con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	no hacía contacto visual y su plática era atropellada.
Actitud y estado de ánimo	Desconcentrada y jovial
Comentarios contratransferenciales	Me sentí sumamente desconcertado, no entendía su plática, el hecho de que Ileana brincara de un tema a otro sin que existiera ninguna conexión entre una cosa y otra me resultó agotador e irritante. Ileana hablaba de personas como si yo las conociera tanto como ella, de pronto me dio la impresión de que esas personas no existían y que ella hablaba de esa manera para desquiciarme y hacerme abandonar el acompañamiento. Pienso que realmente fui yo quien al enfrentar a Ileana en una faceta desagradable desee desertar del acompañamiento. Por otro lado, la plática de Ileana me pareció sumamente aburrida e inconexa. Después de la sesión me sentí físicamente agotado, incapaz de concentrarme, con un sueño terrible, de hecho, me quedé dormido en metro y me pasé cinco estaciones de mi destino...

Fecha	27/10/07
Actividad	Visitar exposición de Alebrijes en el Museo de Arte Popular
Conductas llamativas de la paciente	Mostró mucho interés por la exposición se veía fastidiada por el museo.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	Hubo una buena conexión conmigo, atenta, jovial cortés, sin embargo fue descortés y pedante con el personal del museo. Manifestó que le molestaba que cobraran tanto por el acceso (\$40).
Actitud y estado de ánimo	En la entrada de las salas del museo se exhiben los nombres de los donantes del museo, entre los que figuran los apellidos Sada, Salinas, Corcuera, Lagüera, etc., Ileana se mostraba enfurecida cuando leía a los nombres y se jactaba de que "esos pinches ricos hijos de la mierda nunca iban a ser capaces de crear nada por eso donaban dinero a lo pendejo".
Comentarios contratransferenciales	Tengo que reconocer que sentí una gran simpatía por Ileana, sus rabietas me parecieron de lo más divertidas, creo que las hacía para divertirme, por otra parte, comparto su idea respecto a los "pinches ricos hijos de la mierda". Por otro lado, fue muy interesante visitar la exposición con ella, me explicó que ella nunca ha podido hacer un alebrije, que le da mucho miedo poner sus monstruos en 3ª dimensión, sin embargo, me habló de las diferentes mezclas cromáticas, de las lacas, de las texturas, etc. En

	momento parecía que ella entablaba una relación profunda con las obras que veía... era como si se metiera en ellas, como si viera cosas que yo no podía percibir.
--	---

Fecha	31/10/07
Actividad	Caminar por el Centro de la Ciudad, visitar Bellas Artes y el Centro de la Imagen
Conductas llamativas de la paciente	Se mostró particularmente distraída, no se percata de los automóviles cuando cruza las calles, varias veces estuvo a punto de ser golpeada y ni siquiera se dio cuenta.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	Estuvo particularmente callada, no parecía triste... pero si ausente, prácticamente no me platicó de nada, salvo algún intercambio trivial respecto a los edificios o las calles del Centro y su parecido con las de Buenos Aires.
Actitud y estado de ánimo	Ausente, silenciosa e inexpresiva.
Comentarios contratransferenciales	Este fue un acompañamiento particularmente difícil, antes había tenido que lidiar con su conversación desbordada y ahora me enfrenté a su silencio impenetrable, me sentí desconcertado, abandonado, desamparado, sin saber qué hacer, cualquier intento por abrir la conversación era bloqueado por un "sí", "no", "aja", "mmm" que no daba oportunidad de nada; sentí que me castigaba por lo que yo pensaba respecto a que plática era excesiva y su conversación desbordada, pensé que ella pensaba que yo no le ponía atención y que ahora por eso se quedaba callada. Como no sabía qué hacer supuse que lo único que podía hacer era respetar su silencio y responder si ella me hablaba. También sentí entre pena y coraje por el hecho de que ella no pudiera cuidar de sí, particularmente en lo que a cruzar las calles se refiere. Me pregunto si ella se habrá sentido así, como yo, abandonada, incomprendida, desamparada... pienso que sí... sin duda lo que sentí, lo sentí en exceso, hoy comprendí por qué los textos señalan que contrario a lo que Freud plantaba respecto a que no hay transferencia en la psicosis, en esta se presenta una transferencia masiva...

Fecha	03/11/07
Actividad	Visitar las exposiciones de Muertos en el Zócalo
Conductas llamativas de la paciente	Ileana se mostró particularmente consciente y clara respecto a sus estados de ánimo. Sus movimientos eran muy lentos pero muy claros, muy elegantes.

Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue intenso, a diferencia de otras ocasiones Ileana se mostró particularmente amable con la persona, esto a pesar de que había mucha gente en el Centro.
Actitud y estado de ánimo	Su estado de ánimo fue de tristeza.
Comentarios contratransferenciales	Hoy Ileana me explicó que la sesión anterior había estado tan callada no porque no se sintiera a gusto conmigo sino porque las fiestas de muertos la ponen muy reflexiva, durante esas fechas ella, dice, se da cuenta de que su vida no tiene sentido y de que si se muere un día ni siquiera sus gatos la van a llorar, que ella no le importa a nadie, que a todo el mundo le da lo mismo que ella viva o muera... que lo único que va a quedar son sus pinturas. Yo le dije que me gustaría decirle algo que la alentara pero que también me sentía muy triste, y efectivamente me sentí intensamente triste, era como si trajera el dolor a flor de piel, como si caminar me doliera, como si el aire en la cara me doliera, como si los sonidos me aturdieran; ella me preguntó cómo me sentía, le dije como me sentía y me dijo que ya era un muy buen acompañante, que yo me había dejado tocar por los sentimientos del momento allí donde otros hubieran pretendido sacarla de sus sentimientos para no tener que lidiar con su tristeza. Esto me alentó pero no me hizo sentir mejor, de hecho, visto retrospectivamente, el dolor tardó dos días en pasar. Nuevamente: transferencia masiva; es como estar indefenso y permanecer sereno, es un sentimiento que no tiene nada que ver con la resignación pero si con alguna forma de entrega aunque no atino a describir a qué...

Fecha	07/11/07
Actividad	Acompañamiento en el Estudio de Ileana
Conductas llamativas de la paciente	Ileana fue extremadamente amable y atenta...
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue alto, estuvo atenta la mayor parte de la sesión. Por otro lado no hubo nadie más por tanto la interacción fue sólo con el acompañante.
Actitud y estado de ánimo	Actitud amable, jovial, tranquila y cálida
Comentarios contratransferenciales	Fue extraño estar en su estudio, fue como entrar a un espacio normalmente restringido, muy íntimo, su espacio creativo, de alguna manera me sentí muy responsable por el Acompañamiento, Ileana me

	<p>mostró sus pinturas, dibujos y grabados; me gusta su trabajo plástico, es muy intenso, se nota una fuerte influencia de Dalí y del surrealismo, me habló de algunas piezas en particular y del contexto en el que surgieron, fue como ir a una exposición en la que el artista es a la vez el guía. Ella se mostró muy satisfecha y orgullosa con su trabajo, aunque dice que todavía no pinta su mejor pieza y que espera nunca pintarla para seguirla buscando... Para mí fue una experiencia grata, pero ahora paradójicamente el alto grado de cercanía me resultó incómodo y me intimidó, aunque traté de actuar con naturalidad; pienso que ella se dio cuenta que me sentí incómodo.</p>
--	--

Fecha	10/11/07
Actividad	Tomar café y charlar en su casa
Conductas llamativas de la paciente	Ileana estaba triste, su ritmo de conversación era inusualmente lento, era dubitativa al hablar.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue alto en el sentido de que no hubo nadie más con quien interactuar, sin embargo Ileana refirió sentirse triste.
Actitud y estado de ánimo	Ileana se mostró distante y distraída, sin embargo se empeñaba en ser amable y trataba de mantenerse en la conversación, sin embargo puntualizó que sentía la tristeza <i>muy cerca</i> .
Comentarios contratransferenciales	El ritmo de la sesión fue lento, Ileana estaba distraída y era un poco como si estuviera en cámara lenta, su ritmo de movimientos y de conversación era a momentos pasmoso. Ella estaba ensimismada y distante; en ese sentido pensé que se había dado cuenta de mi incomodidad durante la sesión pasada y estaba ofendida conmigo; pero luego me platicó que su psiquiatra le había cambiado de medicamento y éste era más agresivo que el anterior, supuse entonces que más bien estaba así por los efectos del nuevo fármaco. De cualquier manera su ritmo lento y pausado es muy extraño, siento como que me invade y poco a poco me hace sentir triste, decaído, desganado, somnoliento, desinteresado... Me llamó la atención que me preguntara ¿qué hago yo cuando estoy triste? le respondí que cuando me siento triste suelo caminar por los Viveros de Coyoacán y comer un churro relleno con cajeta, parece que la <i>idea</i> del churro relleno de cajeta le causó gracia y sonrió, para volver a ensombrecerse nuevamente, me dijo que ella lo preferiría relleno de chocolate.

Fecha	14/11/07
Actividad	Caminar y charlar por el Centro de Coyoacán
Conductas llamativas de la paciente	Ileana estuvo más bien tranquila, seguía en su ritmo lento.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	Ileana se mostró distraída y el grado de interacción fue menor que en otras ocasiones, no mostró grado de interacción con nadie más que con el acompañante.
Actitud y estado de ánimo	Estaba distante, como ida, triste.
Comentarios contratransferenciales	<p>Cuando llegué a casa de Ileana me dijo que todavía sentía cerca los demonios de la tristeza y como ya no tenía más remedios caseros contra ellos quería aplicar mi receta para ver si lograba exorcizarlos, así que fuimos a Coyoacán y caminamos, la mayor parte del tiempo en silencio, sin embargo a diferencia de ocasiones anteriores la situación no me resultó incómoda, puedo decir incluso que disfrute del silencio, era como si la presencia de ambos fuera suficiente, creo que mucho tuvo que ver el entorno de los Viveros. Al final de la sesión Ileana se despidió con una sonrisa que me pareció muy franca. Cuando Ileana está más cercana a la melancolía sus escasas sonrisas adquieren un matiz muy singular es como si por unos segundos su rostro adquiriera cierta luminosidad para sumergirse al momento siguiente nuevamente en tonos grisáceos. Esta situación me resulta desconcertante, ¿cómo puede asomarse y sumergirse de un momento a otro?</p>

Fecha	17/11/07
Actividad	Caminar y charlar por el Bosque de Tlalpan
Conductas llamativas de la paciente	La sesión anterior acordamos que esta ocasión iríamos al Bosque de Tlalpan, me resultó llamativo que llevara zapatos altos, pantalón tipo kaki y abrigo para caminar por el Bosque.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue alto, al principio agresiva
Actitud y estado de ánimo	Agresiva, distante, distraída y triste.
Comentarios contratransferenciales	<p>Como pensé que su atuendo no era el adecuado para caminar por el Bosque de Tlalpan le pregunté si no prefería tomar un café en Plaza Cuicuilco, Ileana se ofendió y me dijo que si me avergonzaba caminar con ella podíamos cancelar la sesión y posponerla para otro día. Le respondí que no me avergonzaba, que</p>

por mí no había problema en caminar con ella, que le había sugerido el café porque a mí se me había antojado, mentí. Posteriormente caminamos la mayor parte del tiempo en silencio, intercambiamos frases triviales, sin embargo me dijo que le hacía muy bien salir de su departamento y caminar, que disculpara sus constantes emputamientos pero que éstos no tenían que ver conmigo, sino con ella y la mierda de vida que tenía, me dijo que no comprendía cómo me gustaba perder mi tiempo con ella, qué le miraba a un mojón de basura. Le dije que no me lo pasaba mal con ella, que estaba aprendiendo cosas nuevas, que ella me mostraba situaciones nuevas, así como estados emocionales que yo no conocía, me interrumpió y dijo: “claro, lo olvidaba, vos tenés que hacer una investigación para obtener la cédula, ¿no?” Le dije que sí, pero que el hecho de acompañarla iba más allá de mi investigación. Me dijo: “Mira ahora vos decís la verdad, no como hace rato del café”. Me quede en silencio. Me turba sobre manera que Ileana pueda darse cuenta cuando miento por guardar las formas y cuando soy más honesto; situaciones como esa me hacen sentir expuesto y vulnerable.

Fecha	21/11/07
Actividad	Ver película en casa de Ileana
Conductas llamativas de la paciente	Estuvo absorta en la película.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue nulo.
Actitud y estado de ánimo	Su actitud fue de completa concentración en la película, me ignoró prácticamente todo el tiempo.
Comentarios contratransferenciales	La película que vimos fue “V de Venganza”. Cuando hablamos por teléfono para confirmar la sesión Ileana me dijo: “Decime la primer película que se te ocurra”. “V for Vendetta”, respondí; “la tenés”, preguntó, le dije que sí y me pidió que la llevara para verla en la próxima sesión. Ciertamente es una película que a mí me genera fascinación entonces no lamenté que Ileana me ignorara, cuando la película terminó me pidió que me fuera porque tenía que pensar cómo destruir Palacio Nacional y no quería involucrarme. Yo me espanté pensando que ella se podía causar daño, otra vez me leyó la mente y me dijo “vete tranquilo, no me voy a suicidar, hoy no, si me fuera a matar te diría, para eso sos mi acompañante ¿no?”, dijo en tono de broma. Yo no

	<p>me quedé tranquilo y llamé a su analista para platicarle la situación y me dijo que no me preocupara, que él pensaba que Ileana quería pintar sola; me comentó que ella había anticipado en sus sesiones de terapia los intentos de suicidio anteriores. También en tono de broma me dijo: "Ya sabes Alejandro, cuando uno se quiere matar se mata y punto, no avisa...". Tampoco me quedé tranquilo, pero sentí que no podía hacer más.</p>
--	---

Fecha	24/11/07
Actividad	Acompañamiento en el domicilio de Ileana
Conductas llamativas de la paciente	Ileana estaba particularmente ansiosa por una llamada que había recibido de su hermana menor que vive en Argentina, en que la amenazaba con cortarle los fondos económicos.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue elevado, Ileana volcó su ansiedad sobre mí, estaba preocupada y enojada con su familia, decía constantemente que si ella se había vuelto loca era porque su familia la había enloquecido.
Actitud y estado de ánimo	Ansiedad, enojo, tristeza
Comentarios contratransferenciales	<p>Ileana comentó que su hermana Y le había llamado de Argentina para decirle que su familia no le iba a enviar más dinero para que ella pudiera pagar a su psicoanalista y al psiquiatra y que menos pretendiera que le pagaran también un <i>escort</i>, obviamente hablando en doble sentido dado que el <i>escort</i> brinda un acompañamiento sexual y no terapéutico.</p> <p>Ileana estaba muy preocupada y la amenaza de no tener recursos para pagar su proceso terapéutico le produjo una crisis depresiva. Por otro lado, aconteció que la hermana Y llamó a Ileana durante la sesión de acompañamiento y cuando supo que yo estaba allí, ella quiso hablar conmigo, accedí y la hermana no tardó en despotricar respecto a cuánto gastaba la familia en Ileana, <i>la loca de la casa</i>; la interrumpí y le aclaré que si tenía tanto problema con las cuotas hablara directamente con el analista y con el psiquiatra, le di los teléfonos y le aclaré que <i>el</i> acompañamiento que yo realizaba con Ileana era parte de un proceso terapéutico y que no generaba ningún costo adicional a lo pagado al terapeuta y al médico, también le aclaré yo no sabía si en Argentina solían denominar al Acompañamiento Terapéutico como <i>escort</i> pero que en México esta palabra resultaba ambigua, por tanto sería conveniente que le expresara al analista y/o al psiquiatra sus dudas al</p>

	<p>respecto, también le puntualicé que ya llevábamos media hora al teléfono y dado que le resultaban tan gravosas las erogaciones económicas que hacía en Ileana, tal vez sería conveniente comunicarnos por internet para no generarle más perjuicios.</p> <p>Con esta llamada comprendí porque Ileana decía que su familia la había vuelto loca, hablar con la hermana me irritó sobre manera, sin embargo disfruté mucho el hecho de haberla mandado a la chingada con tanta diplomacia. Por otro lado también me sentí bien porque Ileana se tranquilizó mucho después de la llamada.</p>
--	---

Fecha	28/11/07
Actividad	Acompañamiento en el domicilio de Ileana
Conductas llamativas de la paciente	Ileana no hizo más que pintar durante toda la sesión.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción con el acompañante fue prácticamente nulo.
Actitud y estado de ánimo	Ileana parecía tomada por un impulso creador, se veía jubilosa y desesperada mientras pintaba.
Comentarios contratransferenciales	Apenas me abrió la puerta me pidió que fuéramos al estudio y sin más comenzó a pintar. Ileana plasmaba los trazos en los lienzos con tanta facilidad y precisión que parecía que los trazos nacieran del lienzo y no de las manos de Ileana; muchos de los lienzos eran verdaderamente buenos, cargados de intensidad y de una estética singular; durante esta sesión el acompañamiento era silencioso, me limité a observar con atención su trabajo, la facilidad con que lo hacía, los materiales que utilizaba. Tengo que reconocer que durante esta sesión me sentí fascinado viéndola trabajar, fue como si yo de alguna manera formara parte de esos lienzos y como si, en alguna medida, esos lienzos fueran míos también.

Fecha	01/12/07
Actividad	Acompañamiento en el domicilio de Ileana
Conductas llamativas de la paciente	Ileana se encontraba completamente desaliñada y había destruido una serie de dibujos realizados durante la sesión anterior.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción durante esta sesión fue masivo.
Actitud y estado de	Depresión, melancolía, tristeza, desamparo.

ánimo	
Comentarios contratransferenciales	Llegué a la sesión de acompañamiento y vi a Ileana con tinta china corrida en la cara mezclada con lágrimas, las manos también batidas de tinta y sangre, en camión sucio medio desgarrado y los siete dibujos realizados durante la sesión anterior más otros 10, algunos hechos trisas, otros arrugados y corridos, regados por todo el estudio; esta sesión fue de lo más agotadora porque el dolor y la tristeza de Ileana reverberaron en mí y experimenté el desamparo más desgarrador. Traté de darle contención quería demostrarle que se estaba allí con ella. Después de la sesión me sentí triste hasta los huesos, enojado, qué carajos tenía yo la necesidad de aguantar cosas así, pensé en dejar el acompañamiento, pero un buen café, una caminata y tres barras de chocolate me hicieron recapacitar.

Fecha	05/12/07
Actividad	Mudanza
Conductas llamativas de la paciente	Un alto grado de desorganización, psicomotricidad errática.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue alto, de hecho más que interacción lo pensaría en términos de dependencia.
Actitud y estado de ánimo	Desconcertada, errática y ansiosa.
Comentarios contratransferenciales	Cuando llegué al departamento de Ileana, me dijo que había olvidado algo importante que tenía que hacer, pero que había recibido una llamada que le había recordado que tenía que mudarse para antes del día 15, que estaba buscando de urgencia un lugar cercano porque no quería abandonar la colonia donde vive, me dijo que ya había hecho algunas llamadas y estaba esperando la respuesta. Le dije que si tenía que mudarse tan pronto era mejor que fuéramos preparando todo para que una vez que tuviera asegurado el lugar fuera más fácil mover sus cosas, entonces comenzamos a empaquetar sus libros, que equivalen al 90% de sus posesiones. Los libros son de los temas más variados, van desde esoterismo hasta cocina, pasando por medicina, psiquiatría, psicoanálisis, filosofía, etc. La sesión transcurrió preparando la mudanza y la conversación giró en torno a la misma; Ileana estaba muy angustiada, los cambios la alteran demasiado, por otro lado, para el día 15 de diciembre viaja para Argentina a fin de pasar las fiestas de fin de año con su familia.

	Entonces creo que estas dos situaciones, que apenas ha mencionado: la mudanza y su viaje a Argentina, fueron los detonantes de la crisis previa.
--	--

Fecha	08/12/07
Actividad	Mudanza
Conductas llamativas de la paciente	Un alto grado de desorganización, psicomotricidad errática.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue alto, de hecho más que interacción lo pensaría en términos de dependencia.
Actitud y estado de ánimo	Desconcertada, errática y ansiosa.
Comentarios contratransferenciales	Ileana consiguió, por mediación de una vecina, un departamento a tres cuadras del que abandonaba, entonces la sesión consistió en realizar la mudanza, labor problemática en el sentido de que había que bajar cuando menos 3000 libros más algunos enseres desde un cuarto piso y desplazarlos con "diablito" tres cuadras más. Tengo que reconocer que esta situación me irritaba, me sentí abusado y explotado; soy malo para cargar cosas pesadas y ahí estaba haciéndolo por Ileana cuando ella ni siquiera me pagaba, aparte soy casi profesionista no tengo necesidad de andar cargando como carretero. Sin embargo, lo consideré como parte del acompañamiento y definitivamente lo fue, me di cuenta del grado de incapacidad de Ileana para hacer frente a situaciones que representaran cambios, ella estaba como neutralizada, no era que se estuviera haciendo la tonta, llanamente no podía hacer más; durante la sesión pasada y esta, experimenté el agotamiento más terrible y no por cargar libros, sino por cargar con ella, llevar a cuesta su dependencia era más gravoso que todos sus libros, aparte en esa sesión ocupé más de cinco horas lo que rebasaba por mucho la hora y media o dos que habíamos acordado para las sesiones de acompañamiento. También pensé en dejar el acompañamiento, sin embargo hay otra cosa, que va mucho más allá de la responsabilidad y el compromiso, que me impuso el hecho de continuar con el acompañamiento. Pienso que ya me convertí en acompañante terapéutico, dado que a pesar de que implica gravosas renunciaciones decido permanecer y continuar el proceso, tengo un fuerte lazo de empatía con Ileana.

Fecha	12/12/07
Actividad	Acompañamiento en el nuevo domicilio de Ileana
Conductas llamativas de la paciente	Solicitud de Ileana de que mantuviéramos intercambio sexual.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción con el acompañante fue masivo.
Actitud y estado de ánimo	Actitud seductora y demandante, enojo, ausencia de tolerancia a la frustración, violencia, tristeza.
Comentarios contratransferenciales	<p>Ileana sugirió que la sesión de acompañamiento trascurriera en su estudio, luego de pronto ella comenzó a desnudarse y me propuso que tuviéramos relaciones sexuales, me limité a recordarle que yo soy su Acompañante Terapéutico lo que implica la restricción de no vincularnos más allá de los acuerdos planteados en el propio acompañamiento, le pedí que se vistiera y que saliéramos a caminar; frente a esto ella enfureció y quiso golpearme y aventarme objetos. En ese momento fui contundente y le advertí que si no se vestía y se tranquilizaba en ese instante terminaría el acompañamiento y que el vínculo que se había formado sería quebrantado sin posibilidad de repararlo... Ileana se tranquilizó, se vistió y salimos.</p> <p>Mientras caminábamos le recordé que yo era su Acompañante Terapéutico y que esa era la única relación personal a la que podíamos aspirar; ella me espetó toda una retahíla y me cuestionó de cómo podía pretender ser su acompañante terapéutico cuando no sentía nada por ella, aunque por lo demás comprendía que yo no <i>quisiera coger con una loca y vieja</i>. La detuve y le aclaré que por supuesto yo estaba involucrado afectivamente con ella, le dije que de no ser así no podría ser su acompañante y que precisamente por ello yo tenía que restringirme a mis funciones como acompañante en un contexto terapéutico que por lo demás se vería gravemente afectado si no respetábamos las condiciones del mismo; ella asintió y permanecimos en silencio el resto del tiempo durante esa sesión.</p> <p>Esta sesión ha sido la más complicada y desconcertante, estoy todavía en estado de shock, me enoja no haberlo previsto o más bien me enoja no haber asumido qué esta situación podía presentarse y al no haberlo asumido me puse en un estado de no previsión, creo que pude haber evitado esta situación y el hecho no haberlo hecho me lleva a cuestionarme respecto a que tal vez yo lo propicié o desee que sucediera. Me siento irritado y me siento estúpido.</p>

Fecha	15/12/07
Actividad	Acompañar a Ileana al aeropuerto
Conductas llamativas de la paciente	Ansiedad y nerviosísimo.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue elevado con el acompañante y amable con el resto de las personas, llámese empleados del aeropuerto.
Actitud y estado de ánimo	Ileana estuvo atenta, triste y ansiosa.
Comentarios contratransferenciales	Me siento muy bien de que Ileana se vaya de vacaciones, yo necesito unas vacaciones de ella, el último mes ha sido agotador. Pienso que si yo estuviera en análisis me estuviera yendo mejor con el acompañamiento, en ese momento siento que lo estoy haciendo mal, que no he podido encausarlo, que he descuidado tanto de Ileana como de mí. Me despido con gusto, deseo que le vaya bien; Ileana no se ve bien, se ve angustiada y triste, va al lugar de sus conflictos... Me dice que tiene miedo de que cuando regrese no haya nadie para pasar por ella, le prometo estar ahí cuando regrese, eso la tranquiliza un poco y se va...

Fecha	19/01/08
Actividad	Recibir a Ileana en el aeropuerto.
Conductas llamativas de la paciente	Está muy cansada, agotada, demacrada.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción es mínimo, Ileana está ensimismada y ajena.
Actitud y estado de ánimo	Desinterés, ensimiamiento, tristeza, melancolía.
Comentarios contratransferenciales	Tal como el analista esperaba, Ileana regresó mal, desorganizada, sumida en la melancolía, abotagada por los fármacos... yo siento una gran tristeza por ella y temo por lo que viene; en los días siguientes me enfrentaré a su sufrimiento, a su dolor y a su desestructuración. Sin embargo, siento una gran empatía por ella, me duele y siento la necesidad de apoyarla, de acompañarla; pero me pregunto si seré capaz de hacerlo, los antecedentes no son buenos y a pesar de que tengo un mes sin verla todavía no me repongo del último mes de alta tensión. El analista también la ve muy mal y le ofrece su casa para que pase unos días ahí a fin de que se ambiente y vaya retomado su ritmo de vida, Ileana acepta y ambos, el analista y yo, nos quedamos más tranquilos.

Fecha	23/01/08
Actividad	Caminar y charlar por las calles de Coyoacán
Conductas llamativas de la paciente	Después de unos días en casa de su analista y con dosis mínimas de fármacos Ileana se encuentra muy mejorada.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue elevado y consistió en una comunicación exhaustiva de su viaje y un reporte minucioso de su familia.
Actitud y estado de ánimo	Su actitud es atenta y amable, su estado de ánimo esta mucho más cerca de la alegría y la ansiedad, aunque a la vez, paradójicamente, se encuentra también ensombrecida.
Comentarios contratransferenciales	Durante la sesión caminamos y tomamos café en Coyoacán, fue una sesión de intensa comunicación creo que buscábamos retomar los códigos de comunicación que habíamos construido e interrumpido, en la medida que Ileana se daba cuenta que la escuchaba y que seguía su conversación, bajaba poco el estado de ansiedad en que se encontraba. Me dio gusto verla nuevamente me sentí muy dispuesto hacia ella, aunque el hecho de que Ileana estuviera más o menos bien me ayudó mucho.

Fecha	26/01/08
Actividad	Visitar librerías
Conductas llamativas de la paciente	Seducción inapropiada, compulsión.
Grado de interacción con el Acompañante Terapéutico (AT) y otras personas	El grado de interacción fue elevado, el grado de interacción con otras personas fue inapropiado.
Actitud y estado de ánimo	Actitud seductora, estado de ánimo alegría, ansiedad y cierta desesperación.
Comentarios contratransferenciales	Ileana propuso ir las librerías de Miguel Ángel de Quevedo, una vez ahí quería comprar cualquier libro que tuviera en frente, de fotografía, de cocina, de perros, novelas, discos, libros para niños, libros de maternidad, esotéricos, de psicoanálisis, de derecho, de música, etcétera; también estaba coqueteando abiertamente con los vendedores y con las vendedoras, también con los clientes, por tanto le señalé que las personas podían malinterpretar su <i>buen humor</i> y pensar que ella se les estaba insinuando en un sentido sexual, que si era así estaba bien, pero que en un momento dado no podría sostener intercambio sexual con todas personas, así

	<p>como tampoco podía comprar todos los libros que <i>había seleccionado</i>, primero porque la mayoría eran temas que no le interesaban y luego porque no iba a poder pagarlos; Ileana a regañadientes dijo que por más que se le <i>antojara coger con todos y comprar todos los libros</i> ciertamente no podía hacerlo y me pidió que la ayudara a seleccionar tres libros de los 30 que ya había apartado. A pesar de que la situación fue socialmente incómoda, me dio mucho gusto que Ileana cooperara cómo lo hizo, pienso que acompañamiento va por buen camino y creo que funciona.</p>
--	---