

USOS Y VARIACIONES DEL “ENCUADRE” EN EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

GUSTAVO PABLO ROSSI

PARA INTRODUCIR: UN CUADRO DE SITUACION

En este artículo trabajaremos la noción de encuadre, que aparece recurrentemente a la hora de dar cuenta de las coordenadas de organización de un Acompañamiento Terapéutico (AT¹) en su articulación con una estrategia de tratamiento, y genera interrogantes sobre esta función en los cursos y supervisiones sobre la tarea. Esto es: ¿cuál es el “encuadre” en un AT? ¿cómo conceptualizar este término en relación a sus particulares coordenadas de trabajo?. Suele plantearse que es imprescindible establecer un *marco o encuadre* que implique pautas para llevar adelante la actividad del Acompañante terapéutico (at), que delimite una tarea que tiene bordes tan difusos en la cotidianeidad, que oriente las intervenciones, etc. En principio se lo ha trabajado como un tema “técnico”, aunque el enfoque que se realice del mismo también nos habla de cuestiones conceptuales y éticas.

Ahora bien, a la hora de ampliar esta idea de “encuadre” en la práctica del acompañamiento terapéutico, cuando escuchamos presentaciones de casos sobre el trabajo del AT, nos vienen nociones conexas, aproximaciones con imágenes de la tarea, incluso “encuadres teóricos” para el tema que llevan a contradicciones e incomodidades propias de lo polémico del concepto de encuadre en el ámbito “psi”. Al hablar de los debates y controversias que genera este término, podemos ubicar los vaivenes del “encuadre” para el psicoanálisis especialmente. *Especial*: hablar de particularidades en cada encuadre, hay “especies”, hay infinitudes de encuadres posibles, según el caso y la orientación del analista, del psiquiatra, del equipo institucional.

Espacio y tiempo determinan un marco: es otra forma de pensarlo. Formalizaciones, ¿es eso?. ¿Con o sin lugar para la creación? Dicho de otro modo: qué lugar para la artesanía, qué lugar para la poesía... ¿Tiene esto algo que ver con el encuadre en el AT?

El recorrido de hoy intentará abrir temas, algunos ya tratados en otros textos², aquí a la manera de apuntes, con sus interrogantes. Me gustaría que estuvieran más cercanos a la escritura poética que a la “científica”... Haré una puntuación desde algunos títulos, que remiten a ideas, conceptos, metáforas, que sirven para pensar esto que hemos llamado (¿provisoriamente?) el “encuadre” en el AT, retomando el carácter problemático de esta herramienta conceptual, así como el uso necesario que adquiere para abordar determinadas aristas de la tarea.

Si acompañar trae etimológicamente la significación del compartir, vamos a preguntar ¿qué se comparte en un acompañamiento terapéutico?, ¿en qué momento y lugar?, ¿están solamente el paciente y el acompañante -paradójicamente- en ese compartir? Otra forma de pensarlo sería: ¿en qué contexto? Y acá podríamos objetar esta pregunta diciendo que no hay “con-texto”: ese mismo compartir *construye texto*, hacia eso vamos, en tal caso diría que ese texto requiere de algunas coordenadas que lo posibiliten, que lo animen, que le permitan una escritura dentro de ciertos márgenes, aunque no siempre sea la escritura “convencional”, la del libro o la que aprendimos en las carpetas de la escuela. Hay texto; que a veces tiene rasgos de “amorfo” o apresurado, que será legible en tanto nos ubiquemos en el lugar de un otro que lee, aunque no se escriba sobre los renglones de algún cuaderno de tareas. El texto en el AT implica ese otro cercano, no cualquiera. Aquel facilitador desde las figuras del *semejante*.

¹ Las letras “AT” se utilizarán para referirnos a Acompañamiento Terapéutico, y la sigla “at” (con minúsculas) /acompañante o “ats” para acompañante terapéutico y acompañantes terapéuticos respectivamente.

² Rossi, G.; Acompañamiento terapéutico - Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Bs. As., Polemos, 2007 (segunda edición 2010).

Dejo abiertos varios pares antitéticos que se anudan a problemáticas implícitas en el tema del encuadre en el acompañamiento, que enumero para *entrar en clima*: afuera y adentro; lo lejano y lo cercano; lo propio y lo ajeno; espacio íntimo y espacio público³. Ajustando e interrogando estos términos podrán desplegarse cuestiones que nos hablan de las situaciones terapéuticas implicadas en el AT. Situaciones que tendrán coordenadas singulares, aunque pueden tener una pluralidad de elementos, sin por eso ser “universales”, estandarizables.

Y en esta exploración, aunque parezca que nos vamos..., iremos hacia breves consideraciones sobre lo que llamaría “encuadres” del encuadre: el trabajo en equipo, por un lado, y el marco legal por otro, como *regulación* tanto para la formación en AT como para el ejercicio de la práctica.

EL AT ES UN DISPOSITIVO: ¿Y QUÉ IMPLICA ESTO?

Con la noción de *dispositivo*, que hemos acercado en textos anteriores y que se propone en diversos artículos sobre AT⁴, viene agregándose desde hace años esta idea que remite a otros campos semánticos y enriquece cierta interlocución para permitir una *dimensión* a mi gusto *descriptiva* del AT, ya que alude a su lugar en el marco de un conjunto de fuerzas heterogéneas, aunque aporta escasamente a la hora de dar precisiones teórico-clínicas para la especificidad del campo del acompañamiento terapéutico.

Ahora bien: ¿qué quiere decir que el AT es un dispositivo? ¿Aclara u oscurece?. ¿Cuál es su relación con el encuadre? ¿El dispositivo es el encuadre, o requiere de ese marco para constituirse y funcionar?. Hay muchas cosas que *hacen dispositivo*. Hay multiplicidad de maneras de pensar el concepto de dispositivo, desde la filosofía, desde la física, desde el uso en los objetos tecnológicos. En el psicoanálisis, Lacan utilizó el término dispositivo en aquella vertiente *descriptiva*; lo asocia a la metáfora, de la cual dice que es un “dispositivo para pensar”.⁵ Habla además del “dispositivo topológico”, y del “dispositivo del escrito matemático”.

Michel Foucault habla de “dispositivo” en numerosos puntos de su obra, y en algún texto G. Deleuze elabora ideas del filósofo francés precisamente a partir de preguntarse qué es un dispositivo⁶. Pregunta que alude a la inexistencia de una definición congruente en su recorrido. Es que la noción utilizada por Foucault también toma direcciones disímiles a lo largo de su obra, por ejemplo se refiere al “dispositivo de sexualidad”, tanto como a los “dispositivos disciplinarios” en su contraposición con los “dispositivos de soberanía”. Según Deleuze, hasta considera el “dispositivo de la ciudad ateniense” como lugar de subjetivación. En sus dimensiones que aluden a prácticas, a enunciados, a mecanismos concretos, los dispositivos remiten a disposición de fuerzas, a líneas que “no abarcan ni rodean sistemas” homogéneos, sino que forman procesos en desequilibrio, en tensión. Como verán, lo difuso del término en este contexto de ideas permite una aproximación al AT en una perspectiva que podría mostrarnos sus rasgos más inespecíficos, incluso llevarlo a un lugar *nebuloso* entre las prácticas terapéuticas.

Buscamos entonces dos definiciones de dispositivo⁷, que llegan también por aproximación al tema: “Mecanismo o artificio dispuesto para producir una acción prevista. Organización para acometer una acción”. Pueden extraerse para utilizar un apoyo figurado que se aplique al

³ Sugiero una ampliación del tema para aquellos que en la práctica utilizan el recurso de la lectura en el AT, por su utilidad en esa articulación íntimo-público, a partir del libro: Petit, M., *Lecturas: del espacio íntimo al espacio público*, Ed. FCE, México, 2008.

⁴ Cf. “Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico”, Manson, F., Rossi, G. y otros, Bs. As., Ed. Polemos, 2002

⁵ Por ejemplo en el Seminario 1, “Los escritos técnicos de Freud”, para referirse al esquema de los espejos, o a la experiencia del ramillete invertido. Por su parte, Freud escribe sobre el cerebro también como un dispositivo, y se refiere varias veces a los *dispositivos eléctricos*, como hoy se habla de dispositivos de procesamiento en computación, o dispositivos de entrada y de salida de datos.

⁶ Un artículo conocido y recomendable para introducirse en el tema: Deleuze, G.; *Qué es un dispositivo*. En: AAVV, Michel Foucault, filósofo. Ed Gedisa, Barcelona, 1995.

⁷ Según la Real Academia Española, vigésima segunda edición (www.rae.es).

acompañamiento. Sin embargo, se ubican muchas cosas en común entre el AT y otros dispositivos. También conceptuamos al AT incluido como parte de un dispositivo de tratamiento, de un *dispositivo más amplio*. Como hemos dicho, se trata de una *práctica entre varios*, pero a su vez hay muchos recursos terapéuticos ubicables en tanto práctica entre varios: se alude con esto a la inserción de una persona con padecimiento psíquico en una labor artística, o la ampliación de propuestas terapéuticas en la interacción con animales, o recursos con el agua⁸, o en una serie de actividades en un trabajo multidisciplinario que implica intervenciones diversificadas, con recursos heterogéneos, que llevan al sujeto a expresarse de distintas maneras en momentos y espacios particulares (el Centro 388 en Canadá, para el tratamiento de las psicosis, es un ejemplo de una forma de pensar estas actividades⁹).

Sigamos, para dar un enfoque que llegue a *encuadrar en el AT*.

LA REINVENCIÓN DEL ENCUADRE, DESPUÉS DEL PSICOANÁLISIS

Como ha sido dicho, en Freud no aparece como tal el concepto de encuadre. Con todas las letras: nunca habló de “encuadre”. Pero entonces, ¿quién lo inventó?. No sabemos, ni hace a este texto investigarlo. Sin embargo, hay psicoanalistas que ponderan la importancia del mismo para las sesiones analíticas, en especial existen numerosos textos sobre el tema desde los adherentes a la Asociación Psicoanalítica Internacional (conocida como IPA por sus siglas en inglés), que presentan variaciones y discrepancias entre sí. Se reitera en esa perspectiva la alusión al “método clásico freudiano”, dando por supuesto que es una noción que existiría “desde siempre”. El pormenorizado artículo de E. Usobiaga¹⁰ hace un recorrido en relación al concepto de encuadre en distintos ensayos del psicoanálisis, mencionando dos autores argentinos que tienen conocidos estudios sobre el tema. Horacio Etchegoyen¹¹ (quien fuera presidente de la IPA) afirma que “el encuadre supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar.” José Bleger habla del encuadre como “un ‘no proceso’ en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso.”¹² Es atractiva la referencia a que dentro del encuadre incluye “el papel del analista”, además de las otras variables. Esto lleva a algunas preguntas, para nuestro tema, en cuanto a cómo incluir el “papel del At” dentro del encuadre, y cómo incluir también el papel del terapeuta y/o el equipo que indica el acompañamiento. También rescato una referencia a A. Green (1952), quien entiende que el encuadre representa ese “elemento tercero que irrumpe en la relación dual”¹³.

Freud, en *Sobre la iniciación del tratamiento*¹⁴, habla de ciertas “reglas”, de una forma singular, a partir de hacer una comparación con la apertura y cierre del juego de ajedrez: “Pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva” (...) A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico”. Pero ahí mismo advierte que se trata de “consejos” (en la línea de sus “Consejos al médico...”) y no que pretenda hacerlas “incondicionalmente obligatorias”.

⁸ Errecondo, M.; La eficacia de una terapéutica. Práctica entre varios (www.eol.org.ar).

⁹ Cf. Apollón, W., y otros, *Tratar la psicosis*, Bs. As., Ed. Polemos, 1997.

¹⁰ Usobiaga, E.; El encuadre y el psicoanálisis. Rev. Norte de Salud Mental, Nro 23, 2005. Pag. 47-52. Hago un recorte muy sintético a los fines de esta presentación.

¹¹ Etchegoyen, H.; Los fundamentos de la técnica analítica. Buenos Aires, , Bs. As., Ed. Amorrortu, 1997.

¹² Bleger, J.; Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. Texto clásico que aparece en varias Revistas de Psicoanálisis. Citado en Usobiaga (2005).

¹³ Usobiaga (2005), pag. 49.

¹⁴ Freud, S. (1913); Sobre la iniciación del tratamiento.

Por su parte, en Ricardo Avenburg¹⁵ apreciamos la idea del encuadre como un “conjunto de estipulaciones, explícitas o implícitas”, tendientes a que haya “un mínimo de interferencias a las actividades que se desarrollan entre paciente y analista”. Afirma que este término enfatiza dos rasgos: determinar los límites de algo, y el carácter de constante. Así, tiene que ver con “la forma en que se da a un determinado contenido, que es el proceso”. Y problematiza la cuestión en forma pertinente, cuando se pregunta: “si el contenido es cambiante ¿puede la forma ser constante?”¹⁶. Escribe luego que “armamos el encuadre en función de las necesidades, ante todo subjetivas, del paciente y del objetivo o los objetivos que nos propongamos”, y utiliza la idea de un escenario (‘setting’), que ha de ser “el adecuado”. A la “obra que representa”, escribe, con una imagen que llevaría a muchos sentidos, aunque también habla del tratamiento y los “objetivos” a cumplir. Se acerca a las situaciones que encontramos en los Acompañamientos, cuando afirma que si el trabajo analítico no se mantiene “bajo un mínimo de tensiones (no por debajo de ese mínimo, como puede darse en ciertas melancolías, esquizofrenias o en ciertos caracteres abúlicos)”, habrá que “recurrir a otros medios” además de las sesiones psicoanalíticas, “como la medicación o la internación y, en algunos casos, por ejemplo si no se logra el ritmo mínimo de sesiones que haga posible el tratamiento”, propone interrumpirlo. “Es en estos casos de *pérdida de marco* donde el término encuadre adquiere sentido”. Son esos casos, como veremos a continuación, aquellos que nos llevan a *reinventar* la noción de “encuadre” en nuestro intento de dar cuenta de la organización y sistematización de la función del AT.

Por otra parte, para no extendernos en este punto, destaco que en el psicoanálisis de orientación lacaniana, a partir de esa especie de “hipervaloración” del encuadre que hicieron los analistas *posfreudianos*, aparece una tendencia a impugnar la utilización de dicha noción o a desentenderse de todo uso posible, al menos en estos términos.

El problema fue que del “consejo” planteado por Freud se pasó a la receta para fijar elementos “constantes”, con resultados burocráticos, bajo la premisa de “que no pase nada imprevisto”, aunque esto lleve a “una concepción de la cura en la que se anula la dimensión de sorpresa, tan presente en los relatos de los analizantes de Freud¹⁷” como de Lacan. Y la burocratización, así como aburre, anula la sorpresa. Además de la poesía.

ENCUADRE PARA TODOS Y/O ENCUADRE PARA UNO

Pero volvamos a algunas otras definiciones. Qué mejor que el diccionario; resulta divertido para empezar, después la cosa se complica.... Encuadre: acción y efecto de encuadrar. Encuadrar: 1. Encerrar en un marco o cuadro. 2. Encajar, ajustar algo dentro de otra cosa. 3. Determinar los límites de algo, incluyéndolo en un esquema u organización. 4. Distribuir a las personas conforme a un esquema de organización determinado, para que participen en una actividad política, militar, sindical, etc.^{18 19}

¿Cómo lo pensamos en el AT? Darle un marco que lo haga posible. De eso se trata en la inclusión del AT. En un tratamiento. En un dispositivo ambulatorio. En una institución.

Planteamos pensar un marco para un dispositivo, retomando la noción anterior. Aunque no es el “encajar, ajustar algo dentro de otra cosa”. En nuestro campo, ese dispositivo se vincula a su vez a una estrategia terapéutica, que le da otro marco, ajusta lo singular de la función. Podemos entonces ubicar que es un dispositivo en tanto se articula a otro/s dispositivo/s. Con o sin la

¹⁵ Avenburg, R.; Sobre el encuadre en psicoanálisis. En: Psicoanálisis APdeBA – Vol. XXVI, Nro. 1, 2004.

¹⁶ Casi fastidiado con los caminos que abre su exploración, más adelante afirma directamente “no me gusta la palabra encuadre”.

¹⁷ Usobiaga (2005), pag. 52.

¹⁸ Real Academia Española, vigésima segunda edición (www.rae.es).

¹⁹ Nota de las notas al pie: con el ítem 4 estamos más cerca de las ideas que desarrollamos en el libro de 2007, sobre Táctica, estrategia y política en relación al AT, en su articulación con una orientación psicoanalítica.

institución. Esto lleva también a la idea de determinar límites, al incluir al AT en un tipo de “esquema u organización”. Como en un equipo, hay también algo de ese “distribuir a las personas conforme a un esquema de organización determinado”: turnos, lugares, horarios, son parte de la rutina de planificación en la tarea del equipo de ats.

La complejidad de las variables de tiempo y espacio definen al AT, así como oscila su indicación entre la urgencia y la intervención frente a la cronificación o el aislamiento.

Aunque hablemos de un dispositivo artesanal, “hecho a medida” en tanto su función se define caso por caso, resulta necesario establecer coordenadas que tengan algún grado de estabilidad, y que sostengan una coherencia. Singular y ajustado a cada tiempo de un sujeto y de un tratamiento, veíamos que el encuadre remite a las constantes dentro de las cuales se da un “proceso” terapéutico, por más cambiante, oscilante, lábil, y en cotejo con la urgencia que pueda plantearse.

Eso llamado *marco*, ese encuadre, implica también alguna legalidad. Un encuadre, rescatando el aporte de A. Green, representa ese “*elemento tercero* que irrumpe en la relación dual”. Algo del orden de una ley, que atraviesa al paciente, a la familia, a los ats, y a los terapeutas o equipos institucionales. Podríamos forzar esta idea diciendo que es una ley con efectos al “interior” de la práctica terapéutica, o mejor dicho que resguarda un “interior” para *dar lugar* a la relación transferencial, con una dimensión de inscripción “externa” a esa práctica terapéutica. Se relativiza igualmente lo de interior y exterior, y la alusión al “marco o cuadro” nos habla también de un circuito que hace borde. ¿Étimo? ¿Espacio transicional?. Lo retomaremos, después de otros trayectos.

UN ARTIFICIO, UNA MAQUINARIA, UNA DISPOSICION LIGADA AL DESEO

Si vuelvo a la idea de dispositivo, es interesante reivindicar el valor de “artificio” que tiene esa noción, que además del sentido de construcción “ad hoc” cabe asociar a la idea freudiana del amor de transferencia en su dimensión de “artificial”; a la manera de un montaje que sin embargo presenta su carácter de ser tan “verdadero”, tan “genuino” como el amor que encontramos fuera del dispositivo de análisis.

En una orientación que intenta -en tanto resulte viable- mantener para el sufriente esa especie de “ecología” que caracterizaba su vida cotidiana, con el AT *disponemos* de una especie de “artificio”, no ajeno de afecto (en el vértice opuesto a la maquinaria, a un sistema burocrático o cristalizado), que ayuda a sostener y organizar esa cotidianeidad, a no abandonar sus lazos sociales habituales, sus lugares de pertenencia, sus rutinas, los semblantes que le permitían circular en su espacio social.

Acá el lugar para este artificio no es el consultorio, aunque puede serlo temporariamente la institución psiquiátrica cuando acepta la presencia de este recurso “exterior”. Es que cuando se indica acompañamiento terapéutico en un paciente internado, se trata de proyectar algún punto de *salida*. Aunque sea del ensimismamiento. También se plantea para acompañar el proceso de externación, ya desde adentro.

Dando un paso más, dispositivo remite por su parte a la disposición, a disponerse, que tiene en el AT la particularidad de una trazado extendido, desplegado, en un espacio y tiempo preciso, como también de “estar disponible”, de “hacer una oferta”, aunque sea desde el silencio de una presencia.

Por su parte, la idea de un dispositivo móvil resulta valiosa si permite salir de la dualidad interior-exterior, no siempre estar *afuera* implica *salir* del ensimismamiento, no cualquier exterior logra sacar a un sujeto del *autoerotismo*, de la certeza autorreferencial que lo aísla, como en la psicosis. En este sentido, hemos visto en nuestra experiencia que estando “adentro” puede crearse un espacio para salir, un pasaje del estar ensimismado hacia incluir un otro. De un dos a un tres.

Mediante este “dispositivo”, que es decir mediante esta presencia, puede lograrse ese puente²⁰ que vaya del uno al dos, y de allí al tres y a la continuidad de la serie significativa. Pero esto no es sin la presencia de ese semejante en que se constituye el At (cuando algo se logra). Ahí se compara el espacio de acompañamiento con ese espacio transicional del que habló Winnicott. En la polaridad interior-exterior, arriesgamos la hipótesis del AT como favorecedor de ese pasaje a la “extimidad”, la cual se plantea como una “exterioridad íntima”²¹.

EL ENCUADRE COMO INSTALACION: UNA SOGA PARA EL MELCHOR ROMERO

Viene a colación una viñeta de un AT realizado en la ciudad de La Plata (Buenos Aires), de un paciente internado en el Hospital “Alejandro Korn” (Melchor Romero, monovalente psiquiátrico)²². Un paciente de 65 años, al que llaman “A” para esta presentación, con un diagnóstico de “Esquizofrenia Residual”, que presenta signos de deterioro cognitivo, aspecto de abandono y apatía, contestando (según dicen a las consignas en entrevistas, habitualmente) con monosílabos y en forma muy pausada en tono bajo, casi imperceptible. Se ha intentado integrarlo al grupo de teatro, que funciona cerca de la sala donde se aloja, sin resultado, y también se lo estimula a que participe en una sala de recreación denominada Club Social, a la que no concurre porque aduce que le molesta el ruido que hacen los demás internos. De su historia clínica surge que lleva 25 años institucionalizado, sin salir. Recibió visitas esporádicas de un hermano, en un principio de la internación, que fueron espaciándose hasta no concurrir más. Según comentan en esta presentación, se solicita ambiguamente acompañante terapéutico para el “refuerzo de sus Actividades de la Vida Diaria, y para actividades de esparcimiento”, digamos que con el horizonte puesto en la suposición de inscribir algún lazo social. El primer día “el paciente se mostraba reticente y muy desganado (tal como lo describía el informe de la Asistente Social) a cada propuesta del acompañante terapéutico le seguía, sistemáticamente, una negativa, lo único que hacían era caminar por el predio, pero sin alejarse demasiado de la Sala, formando círculos; en los sucesivos encuentros era imposible sentarse a charlar o solamente intentar detenerse, fue así que en una de las supervisiones se planteó la idea de generar un lugar propio dentro del hospital, un lugar que no sea común a todos los demás internos, que pertenezca al acompañante terapéutico y al paciente”. En este punto, el acompañante formula la propuesta “de llevar una sogá larga y con ella formar un círculo y permanecer dentro de él como si este fuese solo su espacio en común”. Pasaron muchas *pruebas...*” el acompañante terapéutico iba y se sentaba dentro del círculo mientras que el paciente, sin alejarse demasiado caminaba y observaba, hasta que un día se quitó los zapatos y pidió permiso para entrar, esperó a que le sea concedido y entró, se sentó al lado del acompañante terapéutico y dijo *me saco los zapatos acá adentro para no ensuciar*. A partir de aquel día, el acompañante terapéutico y el paciente pasaban bastante tiempo en el círculo, llevaban galletitas y compartían con otros pacientes que a su vez debían pedir permiso para entrar. Cada vez que el At llega, A le pregunta ¿trajiste la casita?”. Detengamos este movimiento: de un at que se sentaba en un círculo formado por la sogá (*gesto de locura*, podría decirse), se llega a *instalar un lugar* que lleva al paciente a *pedir permiso* para entrar, sacarse los zapatos, compartir con uno. Del uno, del at, pasará al tiempo a interactuar con otros. Es muy importante, muy revelador de una construcción que no es sin algún deseo particularizado del at.

²⁰ O esa especie de banda de moebius, para remitir a otra referencia lacaniana.

²¹ Lacan, J.; Seminario 7, “La ética del psicoanálisis”.

²² Presentado por Magalí Del Bueno y Vladimiro Chiattonne en las Terceras Jornadas de la Práctica Profesional “Fundamentos clínicos del AT, Cátedra I”, de la Facultad de Psicología UBA, abril de 2011.

Hipótesis: esto que llamamos encuadre tiene también el valor de “instalación”²³. Acá con una función que traza coordenadas, establece un lugar que a su vez habilita redes significantes, circuitos libidinales.

Tomando esta idea de las vanguardias estéticas, postulando el análisis en términos de “instalación”, C. Mazza afirma que la *instalación* “opera con materiales frágiles”, y “es precaria por definición puesto que no pretende restituir ninguna ficción narrativa sino que *siempre se está haciendo*: se tratará de una ex-posición permanente”²⁴. Extrapolamos estas ideas para nuestro tema, y continuamos rescatando que en la instalación “se trata del movimiento entre tradición e innovación”. Mientras que rescatamos para algunos AT, en su estrategia, la idea de sostener la *rutina del lazo social*, “esa que asigna incesantemente significado”, consideremos que la innovación también permite *construir serie*.

Vuelvo a la viñeta clínica. Luego de un tiempo, en el equipo deciden que “era hora de intentar salir con el paciente fuera de la institución, por lo que debía ‘olvidarse’ la casa al menos un día, y así fue, cuando el at le comenta a A que había olvidado la casita éste queda bastante desorientado y le dice ‘las casas no se olvidan...se dejan’” (impresionante enseñanza). Y surge la pregunta “¿que podemos hacer?”. Cuando el at le propone salir a comer un sándwich “a la esquina, al principio A acepta con agrado pero luego a medida que el portón de salida se acercaba comenzaron a surgir las excusas, y el pánico se apodero de A. Le dije que si prefería podíamos ir al Club Social, una zona al que habían intentado varias veces llevarlo sin ningún resultado. Aceptó de buena manera y a medida que nos alejábamos del portón su semblante cambiaba”. Con marchas y contramarchas, siguieron desde ahí trabajando la cuestión de la salida, “y poco a poco se acercan más al portón”. Cuando “el temor reaparece”, puede volver al dispositivo inventado entre ambos, donde el nuevo propietario “invita a sus compañeros a tomar el té en su ‘casita’”.

Se trata de una invención con todas las características de singularidad, un *marco* hecho a medida, que se sostiene como regularidad dejando una marca, aunque no deja de ser móvil y flexible. Tan flexible como el dibujo de una sogá. Una sogá que requirió del at para hacerse “casa”, para construir un lazo que a la vez libera, en tanto permite salir del ensimismamiento (de la figura aislada). Para llegar a hacerse “casita”, ahí donde el propietario ya “invita” a otros, que se adapten a “sus reglas”. Un espacio protegido, transicional, que se instala a partir de un vínculo -en otros términos, en transferencia, dando una base firme en su dimensión de “afecto”-, con ese at inventor de una especie de encuadre en el encuadre, un dispositivo en el dispositivo institucional. Una sogá cuyo dibujo se torna instalación (precaria, hecha con materiales frágiles, con innovaciones que hacen serie), que en este caso precisa de ese lazo “protegido” respecto a las amenazas, tan internas como externas, de la locura.

ENCUADRAR LAS CATASTROFES: LO DISRUPTIVO EN EL AT

Otra variación para el tema del encuadre en el AT se articula a las siguientes preguntas: ¿Cómo pensar esto que connota el *encuadre* en una situación tan especial, con numerosas variables, en contextos físicos, escenarios y personas que cambian el entorno? ¿Cómo encuadrar elementos tan distintos y cambiantes?

El libro “*Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*”, de M. Benyakar,²⁵ fue para mí hace años otra forma de desplegar el tema

²³ Me resultó productivo acá el diálogo en un trabajo compartido con E. Vaschetto, en su sugerencia a considerar la idea de “instalación” como otro recurso para pensar la situación del AT (inspirado a su vez en una presentación de C. Mazza -nada es original!-), cuestión que tiene aristas sumamente interesantes para continuar en otros estudios.

²⁴ Mazza, C.; *Los pioneros y la serie (a propósito de la historia del psicoanálisis lacaniano en Córdoba)*, inédito.

²⁵ Benyakar, M.; *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas*. Bs. As., Ed. Biblos, 2003.

en el AT²⁶, extendiendo la afinidad hacia las situaciones de *catástrofes subjetivas*, singulares, donde la angustia desmorona... En el momento de la crisis, se trate de una locura diagnosticada o no como psicosis, en el impulso que lleva al intento de suicidio, a la agresión desmedida, al consumo de sustancias hasta el derrumbe. Cómo no hablar de *catástrofe*. Y nos referimos al efecto que esto tiene no solamente en términos de un sujeto, sino también en el *entorno familiar*...

El encuadre, dice Benyakar respecto de su experiencia en guerras y catástrofes, “consistió sobre todo en el tipo de relación particular” que establecieron los terapeutas con los damnificados. Para Benyakar el encuadre debe ser *estable y coherente*, pero en especial tiene que “ser flexible y servir de ‘espacio transicional’ en el sentido psicológico, personal e interpersonal²⁷.” Debe conjugarse entonces una elasticidad del encuadre con ciertas condiciones de estabilidad y continuidad requeridas, y de ahí su complejidad. Traigo al respecto el caso de B., con quien estaba la at en el momento de una crisis que tuvo lugar en un extenso parque de Buenos Aires. Frente a esto, la indicación de ir a un espacio físico acotado permitió algún grado de contención más estable y de contornos más precisos que un *insondable* parque de varias hectáreas perdido en la inmensa urbe. Se buscó ubicar un *punto de referencia*, el cual no era además *sin la acompañante*. La catástrofe en B. estaba desencadenándose efectivamente, pudiendo luego decir que en ese momento sintió que “*tenía que correr*”.

Benyakar escribe que en sus intervenciones en desastres sociales toda actividad “era usada como ocasión para proveer contención. Los encuentros no eran tomados como sesiones de psicoterapia, ni conducidos de acuerdo a las prácticas terapéuticas habituales”.

Y esto nos deja enseñanzas para determinadas situaciones del AT. Por un lado, para las intervenciones en momentos de crisis de un paciente. Por otra parte, es sumamente útil la noción de una *actividad entendida como contención*. Una “actividad-encuadre”, esto es: que es inherente a un encuadre. Porque en algunas circunstancias en el AT, hay situaciones donde la *actividad misma* es parte de una estrategia tendiente a la contención, y hace a esto que llamamos un marco, un esquema que otorgue alguna estabilidad.

Y afirma algo más: “para que un lugar cualquiera se convierta en elemento del encuadre, por ejemplo, la piedra o el árbol en la guerra de Yom Kippur con los que construíamos la intimidad necesaria para desplegar la labor terapéutica, es necesario asimismo que el profesional encuentre el tiempo y la disposición mental necesaria para atender en situaciones tan precarias...”

Si vamos en la dirección de construir esa *intimidad necesaria*, el at tiene que contar con *tiempo y disposición*. Esto es, una determinada *disposición*, o una particular *instalación* se piensa como encuadre en tanto considera al At y ese deseo no-anónimo para su configuración.

Esta implicada acá la transferencia, el papel del at (como se decía el *papel del analista*) en el encuadre. Papel del at que se construye con esa articulación con otros *papeles* del equipo, con otros lugares transferenciales, desde quien lo indica.

A propósito de cómo plantear algo de la organización, la delimitación, la construcción de un espacio de tratamiento, cabe recortar que “...una de las maneras de plantear la cuestión, en lo relativo a la organización de la transferencia, es preguntarse como domesticar la transferencia salvaje, cómo hacer entrar al elefante salvaje en el mercado, cómo poner a dar vueltas al caballo en el picadero.”²⁸

Cómo domesticar, cómo hacer entrar, como poner en un círculo: de eso estábamos hablando cuando decíamos *encuadre*. Podría abrir otras vías para explorarlo desde la lectura freudiana que

²⁶ Este punto y el siguiente son extraídos del mencionado libro: Rossi, G., 2007, con modificaciones atinentes a este escrito.

²⁷ Benyakar, M.; 2003. P.196

²⁸ Lacan, J.; Seminario 10, “La angustia”.

se articula a la transferencia y a la contratransferencia (litigioso concepto, casi nunca bien ponderado...)²⁹.

DE LA CAMA AL LIVING, DEL DIVAN A LA CALLE

Consigno ahora algunas coordenadas *concretas* en la *práctica del AT*. Primero: aquello que ubicamos como *encuadre* no es entonces necesariamente el *lugar físico*, pese a que en otros momentos se lo confundió (la sesión psicoanalítica hacía metonimia con el consultorio, el horario, la duración de la sesión, hasta con la vestimenta del analista..., que “debía” ser algo fijo). Hay casos donde el encuadre no será tampoco algo predeterminado de entrada desde la variable temporal, de duración del tiempo de AT. Sin embargo, en cuanto a la variable temporal al incluir un AT, sostengo que *determinar un horario de comienzo y fin de cada día del acompañamiento*, en la mayoría de los casos, especifica un contorno fijo que en muchas ocasiones es imprescindible para transitar ese “proceso” del que hablamos.

Sea de una manera u otra, establecer un encuadre como *sistema de reglas* implica sobre todo que haya condiciones para que el at pueda tener *ese tiempo y espacio necesario*, que le permita contar con la disposición (mental...) *acorde a la situación*. Volvemos acá a hablar de *instalación*, de la transferencia.

Freud, cuando se refiere a la *iniciación del tratamiento*, afirma algo aplicable a esto: “no hay más que dejarle tiempo”, y demostrarle un “serio” y “cariñoso interés y simpatía”, así como no “mostramos rígidamente moralizantes”. Es en tal sentido una *disposición inicial básica*, para generar algo de esa confianza (empatía suele decirse) en el otro, imprescindible, que encamine a instalar algo de la transferencia “positiva”. Sin embargo, en los AT encontramos la conflictiva de la ausencia o el exceso en la demanda, y un dispositivo que se instalará en condiciones de crisis, o de aplastamiento subjetivo, y a partir de la insuficiencia, los obstáculos o el fracaso de los proyectos terapéuticos “standard”.

En los inicios de un AT, se tratará de establecer esto que formalmente se habilita como “contrato”, que conformará un *marco simbólico, un ordenador* para la relación que se empieza a establecer. Este marco dará las referencias para la situación de AT, desde distintas aristas: at-paciente, at-familia, at-equipo profesional.

Es necesario establecer en el comienzo un conjunto de reglas, que serán explicitadas en la/las consigna/s del caso, que ya desde sus objetivos va trazando líneas que organizan un “conjunto” propuesto como *facilitador* del trabajo. Los Horarios del acompañamiento, los honorarios, las actividades y el lugar donde se realiza el AT, son los *elementos básicos* a considerar en ese conjunto, que requiere de objetivos, de funciones a determinar en el caso por caso. Implica una *regulación*, como también una *regularidad*.

Esto incluye, por ejemplo: tiempo de duración del espacio diario de cada AT, tipos de salidas, lo “autorizado” desde el terapeuta a cargo, objetivos iniciales, etc.³⁰

En los casos en que es pertinente, también se intenta que el paciente participe en el establecimiento de algunas coordenadas, y paulatinamente en sus variaciones en el trayecto terapéutico en relación a las “mejorías” en el paciente y/o cambios en su relación al entorno. Esto

²⁹ Por su complejidad y para no excedernos en la temática del artículo, quedará para otro trabajo.

³⁰ A su vez, debe quedar claro en principio para cada at -pero a veces también para la familia-, aquellos procedimientos que puedan pautarse de antemano frente a eventuales situaciones de urgencias, y ante cuestiones que sean evaluadas como de riesgo: algunas protocolo básico acerca de cómo manejarse con ese paciente -lo cual puede establecerse entre el equipo de at y el terapeuta, que es quien lo conoce-. A quien llamar, cuales son las condiciones para acceder y ser atendido en el sistema de salud al cual pertenece, etc. Otro ejemplo: conocer cuál es el Nro. de afiliado del paciente en la obra social, puede acelerar (o en su defecto atrasar) burocráticamente una gestión que ante la urgencia requiere de la menor pérdida de minutos y segundos posible.

ha dado buenos resultados en las experiencias en que pudo plasmarse, tomando el paciente una posición más “activa”, que allana la tarea y vuelve en forma sobre el vínculo con el at.

En términos generales, subrayo: el encuadre se compone de elementos que deben ser constantes, contemplando a su vez las *variaciones* que puedan darse con el transcurso del tiempo, es decir, debe tener una vertiente variable, por las modificaciones que se harán de acuerdo al devenir que vaya teniendo el tratamiento. Siempre tratamos de dar lugar a lo que “no cuadra”, a aquello *nuevo*, que surge por el lado de la “invención” en esas intersecciones y encuentros entre terapeuta-at-paciente-familia.

Hablaba de ese “encuentro” con lo singular de cada situación de AT, con algo del orden de un “acontecimiento” que llega a *sorprendernos* positivamente si es que tenemos la disposición para ello, y para permitir que se faciliten cambios necesarios en el desarrollo de un tratamiento, y de un AT.

Si se trata de un conjunto articulado a otro conjunto, en un principio el terapeuta, a veces en interlocución con el coordinador del Equipo de AT, va/n a determinar la modalidad (donde se realiza, si hay salidas o no, etc.) y la cantidad de horas de acompañamiento para el caso.³¹

Entonces habrá que construir ese “contrato” que puede ser realizado por el at, el coordinador, el terapeuta o la institución, o varios de ellos en conjunto, con la familia y/o con el paciente. Es conveniente especificar los *elementos básicos* inicialmente, considerando la variabilidad y labilidad que puede tener en relación a cada caso, explicitando que luego se cambiara y se deberán “restablecer” otras pautas.

El coordinador del equipo va a articular la producción que implica este proceso que se inicia, la particularidad del lazo con cada at, la información que va trayendo el at desde su estilo y el lugar que ocupa en el caso. En una dimensión donde podemos hacer algún paralelo con la llamada “transferencia de trabajo”, se promueve la elaboración e interrogación de esa producción en equipo, desde la escritura, las supervisiones y las reuniones de trabajo que sean pertinentes para la orientación del caso. Se trataría también así de la “transmisión del deseo de saber”, con el trabajo (entre varios) que esto implica, que “se dirige al no saber”³², que apunta a un saber *a construir*.

EQUIPOS, INSTITUCIONES, POLITICAS: *ENCUADRES DEL ENCUADRE*

Considerando este último aspecto del trabajo en el AT, quisiera traer brevemente aquello que es del orden de las regulaciones, de los “encuadres” del encuadre, para la práctica del at como para la práctica entre varios. Cómo ubicar todo esto para quienes se están formando como acompañantes terapéuticos, o que trabajan en este campo. Aunque entiendo que muchos acompañantes no orientan su tarea en relación al psicoanálisis, suelo apelar a la tríada freudiana cuando me consultan por los fundamentos para sostener el trabajo del AT, por el qué “autoriza” al acompañante terapéutico en su tarea: formación, supervisión, análisis personal (en tanto ese espacio de “trabajo” sobre el propio padecer, sobre la complejidad del propio síntoma o la propia “locura”, aunque está claro que esto no puede plantearse como un imperativo, como obligación...).

En este punto, quiero valorizar la necesidad del trabajo en relación a un equipo, la coordinación y supervisión del AT, que le da al at la posibilidad de abordar sus obstáculos e impases, y una

³¹ De ser necesario, el terapeuta puede consultar al at o al coordinador de un equipo de AT acerca de las cuestiones de instrumentación más pertinente para el caso, desde la perspectiva del AT. En un equipo de AT, desde la coordinación se van a determinar esas precisiones, a partir de entrevistas previas con los familiares, para ajustar detalles respecto del dispositivo que requiere el paciente, funciones, horarios matutinos o vespertinos, rotación y duración de turnos de cada at, etc.

³² García Orcero, J; La transferencia de trabajo, Granada, 2001.

orientación para *delimitar* sus tácticas y sus estrategias. A partir de la capacidad para el trabajo en equipo, es que se sostiene una *práctica entre varios* en donde se dé lugar a las diferencias, para lo cual también es fundamental poder ubicar una dimensión del “encuadre” como esa regulación que será un “para todos”, con criterios compartidos pero sin perder las singularidades.

Además, se requiere (no solamente para el AT) de ese *encuadre* más abarcativo, en tanto *normativa social*, como aquellos instrumentos que regulan socialmente las disciplinas y prácticas en Salud Mental. Específicamente para el at, se viene reclamando un marco legal, que establezca desde la instancia estatal cómo se regula su práctica, bajo qué leyes³³, cuál es su incumbencia, su competencia y su responsabilidad en el ejercicio de la tarea. Que permitirá otra regulación establecida entre el practicante y los otros.

Es que para inscribirse como un dispositivo con sus particularidades, para su inscripción social, cada vez más hay que darle un marco más específico a la formación del at, con pautas en cuanto a los requisitos académicos, a sus normativas y regulaciones. Estamos además en Argentina en un momento donde hay una gran dispersión y heterogeneidad en relación a los ámbitos de capacitación en AT: existen infinidad de cursos, carreras, tecnicaturas, pasantías subvaluadas, etc.; con mucha diferencia en sus requisitos de formación previa, su contenido curricular, su carga horaria y las exigencias académicas. ¿Todos “son” acompañantes terapéuticos?³⁴

En muchos lados se habla de “título oficial”, aunque no se sabe a qué “oficialidad” pertenecen. A veces esto responde a que hay una institución educativa que tiene un carácter de “oficial”, esto es inscripta legalmente, que emite esa certificación. Pero nada se dice de su curricula, de sus contenidos, de sus docentes, y mucho menos de si esto “oficial” implica alguna inscripción en tanto reconocimiento legal, alguna habilitación profesional en términos legales.

VARIACIONES Y DISPERSIONES DEL CIERRE

Recordemos, para terminar, que el encuadre hace en última instancia a ese fundamento que en el AT ayuda a acotar algo del sufrimiento del padeciente y su familia. El encuadre, en tanto remite a una dimensión de la terceridad, en su presentación de “ley”, constituye un sostén en el trabajo del AT, y le posibilita salir de la relación dual a la que suele verse llevado por la propia dinámica de su espacio. Y esto que llamamos encuadre también nos permite *disponer* de un trabajo en red. Una red que se piensa como aquello que contiene, aunque no deja de ser una red significativa, que encarna en un discurso, sostenido en la presencia del at, de cada uno, de varios.

Destaco además que trabajar sin red es equivalente a la angustia: “a propósito de la angustia (...) no hay red”. Así también la clínica entre varios es una clínica en red³⁵. Angustia del paciente y/o angustia del at.

Simplificando mucho en estas variaciones del concepto de encuadre, digamos que sin esos *marcos legales*, sin estos *encuadres de los encuadres*, para la formación y para el ejercicio de la práctica, resulta dificultosa la “contención” (reiteradamente mencionada), tanto del paciente, como de la familia, como del propio at.

³³ En Argentina, con la nueva Ley Nacional de Salud Mental del 2010 (Nro. 26657) se abre una perspectiva importante en cuanto a las consecuencias que tendrá para la práctica del at, su lugar en una red y en los dispositivos ambulatorios que resguardan al paciente en el sostenimiento de sus ámbitos de pertenencia cotidianos y sus lazos sociales.

³⁴ Desde aquel que hace un curso de 3 meses recién salido del secundario, al que realiza una capacitación de dos años, siendo a su vez estudiante de psicología...

³⁵ Lacan, J.; Seminario X, “La angustia”. Articulación que bien resaltó E. Vaschetto en su presentación sobre el tema en el Congreso de APSA del año 2008.

Hay una premisa en este ámbito que me viene en mente: el at debe ser *cuidado y cuidarse*. Para eso sirve pensar la *fundamentación* de una formación, en términos de preservar ahí también algo de esa remanida -ya por hoy- idea del encuadre.

Y luego de este recorrido por los sentidos de la regulación, después de subrayar el sentido de la constancia y la estabilidad en un proceso de tratamiento, y de ubicar que en los casos donde hay acompañamiento terapéutico la “pérdida de marco” solicita múltiples intervenciones, sostenemos que es válido disponer, encuadrar, acotar, rescatando un uso de estas nociones que no vayan en el camino de encerrarnos en el aburrimiento, ni en los ceremoniales de una técnica.

Buenos Aires, septiembre de 2011.

GUSTAVO PABLO ROSSI

Lic. en Psicología. Psicoanalista. Prof. Adjunto a cargo de la Materia: *Práctica Profesional Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*, Cátedra I (cod.687), Facultad de Psicología UBA. Investigador UBACYT, sobre el tema “Historia de las anormalidades y locuras infantiles en Buenos Aires, 1880-1930”. Docente del Posgrado de la Facultad de Psicología UBA. Miembro del Capítulo de Historia y Epistemología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Director del Comité de Redacción de la Revista *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*.

Presidente del Capítulo de Acompañamiento Terapéutico de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Ha publicado artículos y libros sobre Acompañamiento Terapéutico. Libros publicados:

“*Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*”. Autor, Ed. Polemos, Buenos Aires, 2007. www.polemos.com.ar (2da edición 2010)

“*Acompañamiento terapéutico*”. Ed. Polemos, Bs. As., 1997 (Coautor; Edición anterior: Ed. Xavier Boveda, 1994).

“*Eficacia Clínica del Acompañamiento terapéutico*”. Compilador y Autor. Ed. Polemos, Bs. As., 2002.

“*El Día, más allá del Hospital*”; autor en el libro *Hospital de Día – Particularidades de la clínica*, Comp. G. Bertran, Ed. Minerva, Bs. As., 2004.

“*El acompañamiento en el Hospital de Día, en una clínica del caso por caso*”, autor en el libro *Los Bordes en la Clínica*, comp. O. Delgado, Editorial JVE, Bs. As., 1999.

Dicta cursos, seminarios y conferencias en distintas ciudades de la Argentina y en otros países, en ámbitos universitarios e instituciones asistenciales. Capacitaciones recientes, organizadas por: Colegio de Psicólogos de Tucumán (2011); Colegio de Psicólogos de Chaco (2011); Consejo de Discapacidad de la Municipal de Pergamino y Universidad Nacional del Noroeste de la Prov. de Bs. As., UNNOBA, Extensión Universitaria (2010); Universidad Nacional de La Pampa, Gral. Pico, Extensión Universitaria (2009); Facultad de Psicología, Universidad del Claustro de Sor Juana, Ciudad de Mexico D.F.(2009); Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México (2009, 2008, 2004-2005); Instituto Superior de Enseñanza Endei y Asociación civil Apostando a la Vida, Jujuy (2009); Instituto Superior Umbral y Asociación Santafecina de Psicomotricidad y Acompañamiento Terapéutico, Santa Fé (2007); Instituto Superior de Formación Docente 804 -Tecnatura en AT- y Hospital Zonal de Esquel, Chubut (2006).

www.actoterapeutico.com.ar.

Publicado en:

“E-book AT: conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico”, Porto Alegre, 2012
Alex Sandro Tavarez Da silva (Org.) [http://: siteat.cjb.net](http://siteat.cjb.net)