



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad monografía

*Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de
intervención en el abordaje de sujetos
esquizofrénicos*

Autora: Valentina Malacrida, 4 866 891 1

Tutora. Prof. Adj. María Mercedes Couso Lingeri

Montevideo, 15 de febrero de 2015

Agradecimientos

A mi abuela Nellís, por apoyarme en este emprendimiento, enseñarme a escuchar y ver más allá de la distancia. Por su ausencia que no deja de ser otra forma de presencia.

A mi tía Tere, por el amor incondicional y su calidez.

A mi familia, porque gracias a ellos me re-conozco y aprendo a elegir.

A mis hermanos, Facu y Chalo. Gracias Chalo por mostrarme sentidos posibles, en donde la búsqueda es interna y la felicidad depende de uno. Por ayudarme a cuestionar e inducirme en la luz ¡Cuántos caminos por recorrer!

A mis amigas viejas y nuevas, porque cada forma de ser, deja un aprendizaje en mi vida. Por hablarme de perseverancia y confianza ¡Qué la vida nos siga juntando!

Dahi e Ili, por las charlas extensas, por creer en la psicología, por pensar/se, formas de ser y hacer. Por el acompañar en la felicidad y el dolor ¡Gracias por estar!

Yanyi, Kchi, Fio, Eli, Daia, Paulita, Lula; por lo que nos une: el amor que fluye y ensancha el alma ¡Qué lindo es encontrarse y coincidir!

Chuna, por mostrarme que se puede y el miedo debe derribarse ¡Por tu energía y escucha!

A quienes aportaron su granito de arena para la producción y presentación de este trabajo: Coto, Carlita, Luciana, Vero, Mai, Ima, Juan.

A Mercedes, por acompañarme y guiarme con dedicación en este proceso.

Índice

A. RESUMEN	pág. 1
B. INTRODUCCIÓN	pág. 2
C. MARCO TEÓRICO	pág. 4
1. Antecedentes sobre Psicosis y Esquizofrenia.....	pág. 4
a. Introducción.....	pág. 4
b. Psicosis.....	pág. 5
D. DESARROLLO	pág. 12
1. Esquizofrenia.....	pág. 12
a. Introducción.....	pág. 12
b. Definiciones.....	pág. 12
c. El Proceso Esquizofrénico	pág. 14
2. Acompañamiento Terapéutico.....	pág. 16
a. Introducción.....	pág. 16
b. Antecedentes.....	pág. 16
c. Definiciones.....	pág. 17
d. Acompañamiento Terapéutico como dispositivo	pág. 19
e. Objetivos.....	pág. 20
f. Metodología.....	pág. 22
g. El Perfil y el Rol del Acompañante Terapéutico.....	pág. 22

h. El sujeto portador de sufrimiento y su familia.....	pág. 23
i. El lugar de la información: la nueva subjetividad.....	pág. 26
E. REFLEXIONES FINALES	pág. 28
F. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 31

A. Resumen

Las diferentes conceptualizaciones de la enfermedad mental y las formas de abordar al sujeto han variado a lo largo de la historia: se partió de concepciones basadas en lo sobrenatural, pasando por el uso de manuales estandarizados que ubican al sujeto en patologías mentales, hasta otorgarle prevalencia a la palabra como forma de simbolizar el sufrimiento. Para comprender el sufrimiento humano (pathos) se necesita del encuentro de diversas disciplinas; dicho punto de encuentro es denominado por Pierre Fédida, Psicopatología Fundamental. Es desde la diferencia y lo complementario que se puede abordar al pathos (Singer, 2000, p. 115).

La psiquiatría como práctica clínica se vale de manuales estandarizados para poder diagnosticar: las nociones nosográficas le permiten ubicar a un sujeto dentro de una patología. Esto es visualizado por autores como la normalización y reducción del sujeto a un objeto; buscando el control y la predicción del accionar de ese sujeto. Entonces, ¿dónde queda el sujeto y su sufrimiento?

Por su parte, el psicoanálisis le ha dado un lugar al sujeto en el lenguaje. Lacan, considera la psicosis como una estructura del lenguaje que se produce por la falla en la inscripción de un significante, esencial en la construcción de una cadena: el “Nombre del Padre”. Desde un abordaje integral, se reconstruyen aspectos del sujeto que permiten visualizar y entender su sufrimiento, logrando salir de cierta posición subjetiva que lo paraliza. Para ello, en este trabajo se expone la importancia del Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de intervención que aborda al sujeto y su sufrimiento.

B. Introducción

La presente monografía constituye el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, enmarcado en la Facultad de Psicología, UDELAR. Este trabajo intenta aproximarse a la problemática social de las patologías mentales, desarrollando un modelo posible de abordaje del sujeto psicótico y reflexionando acerca de qué lugar se le otorga al “loco” en nuestra sociedad.

Las concepciones sobre la enfermedad mental han variado a lo largo del tiempo, dependiendo de la cultura, la época y otros factores que las determinan. Es pertinente analizar y visualizar las diferentes conceptualizaciones que han tenido la locura y la psicosis a lo largo de la historia, concibiendo las concepciones actuales que hacen a la emergencia de nuevos dispositivos de intervención (como el A.T) para el abordaje del sujeto. Se profundizará en el sujeto diagnosticado con esquizofrenia, por ser esta una de las patologías más degenerativas y frecuentes dentro de las enfermedades psicóticas.

Estos cambios suscitan el pasaje desde el paradigma positivista (en el que se insertó históricamente el psicoanálisis) hacia el paradigma de la complejidad, promoviendo un enfoque distinto del sujeto. El sujeto del paradigma positivista era el sujeto del cogito de Descartes: sujeto objetivo, claramente definido. Se visualiza en esta lógica estática científicista, la exclusión de la subjetividad del otro como singularidad, así como también la dimensión del phatos (sufrimiento) ya que este, no puede ser acogido o entendido mediante leyes universales (Singer, 2011, p. 2). En esta lógica reduccionista, no hay lugar para la alteridad, la contradicción, el no saber, por lo que prima la sustitución de una instancia por otra: “hacer consciente lo inconsciente” (Singer, 2002, párr. 6).

Sucede en Francia en los años 50 mediante las Ciencias Humanas, los aportes de J. Lacan y el pensamiento de la discontinuidad; la emergencia de un nuevo paradigma psicoanalítico, caracterizado por una lógica paradojal (lógica de las inclusiones) que reconoce las diferencias y permite las contradicciones. Se visualiza al sujeto como sujeto dividido entre lo que sabe y lo que no, como singularidad en relación a su sufrimiento (dimensión del phatos). Consiste en el sujeto del inconsciente caracterizado por integrar la heterogeneidad en su estructura. “El sujeto dividido es un sujeto alienado en el orden del lenguaje, limitado en su conocimiento, marcado por la falta de ser y la castración” (Singer, 2002, párr. 15). Desde esta lógica del significante –al decir de Lacan–, conocer sobre el

inconsciente implica un reconocimiento del saber parcial y paradójal. Existe un resto de no saber: “el sentido no se agota, así como no se agota el inconsciente: sólo remite a la indeterminación de las interpretaciones posibles” (Singer, 2002, párr. 19).

Las variaciones en la conceptualización de la locura y la noción del sujeto desde este nuevo paradigma, promueven la búsqueda de nuevas formas de intervención en donde se le da preponderancia a los derechos y al sufrimiento psíquico de las personas.

El objetivo principal de este trabajo es determinar la importancia del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (A.T) que realiza un abordaje integral de sujetos psicóticos.

Consiste en un dispositivo de intervención alternativo/complementario a otros tipos de tratamientos existentes en la actualidad, visualizado como herramienta que sirve a la rehabilitación. Insertos en el paradigma de la complejidad, a partir de un enfoque biopsicosocial de la enfermedad, el Acompañante Terapéutico intenta recuperar y reconstruir junto al sujeto lo que este ha perdido; procurando una mejor calidad de vida, un desarrollo en su funcionamiento personal, reconstruyendo el lazo social y promoviendo cierto grado de autonomía que le permita desenvolverse en la comunidad. En este trabajo se procurará la reflexión y el análisis de esta práctica clínica.

C. Marco Teórico

1. Antecedentes Psicosis y Esquizofrenia

a. Introducción

Los cambios en la concepción de enfermedad mental, promueven la aparición de nuevos dispositivos clínicos de intervención como el Acompañamiento Terapéutico, que realiza un abordaje integral del sujeto. Cada época y cada sociedad define qué es lo enfermo y lo sano, lo normal y lo patológico. A continuación, se mostrarán las diferentes conceptualizaciones sobre la enfermedad mental, con el fin de visualizar de qué forma se llega a la concepción actual, para poder entender a qué sujetos está dirigido este tipo de práctica clínica y en qué contexto se desarrolla.

Durante varios siglos las problemáticas del psiquismo se asociaron a la religión y lo sobrenatural. En las culturas llamadas primitivas, las enfermedades eran consideradas del orden de lo sobrenatural, supersticioso. Para su curación, se necesitaba practicar determinados rituales en los que participaba el grupo social, con el fin de buscar la salvación del alma del enfermo, así como también su reinserción en la sociedad (Gallego & Arévalo, 2007, p. 8).

En la Grecia clásica, se desarrolla el primer modelo médico de la locura. A partir del surgimiento de la teoría de humores promovida por Hipócrates, médico de la antigua Grecia (460 a.C - 370 a.C), se produce una ruptura con las creencias de ese entonces basadas en lo divino. Dicha teoría considera a los humores como causantes de diversas alteraciones mentales.

En la Edad Media los filósofos escolásticos entendieron la locura como un trastorno del organismo y describieron los cuadros: melancolía, ira patológica, la pérdida de memoria, entre otros. Pinel, médico francés (1745-1826), dio el primer paso en cuanto a la exploración y el ordenamiento de los fenómenos que observaba, lo cual puede percibirse como un intento de clasificación. Por su parte Esquirol (discípulo de Pinel) nos brinda por

primera vez la visualización del acto criminal como una enfermedad. Falret psiquiatra francés (1794-1870), planteaba que el objetivo de la clínica psiquiátrica era el estudio del pasado y el presente del paciente. Uno de sus seguidores señalaba que la locura podía ser de causa no orgánica debido a la existencia en los sujetos de la “degeneración”.

A partir de ese entonces comienza a incluirse en el estudio del paciente a la familia y es durante el S XX que se llega a la concepción biopsicosocial de la enfermedad. En 1960 emergen tres acontecimientos fundamentales: el surgimiento de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Tesis de Foucault “Locura y sin razón, Historia de la Locura en la época clásica” y el Tratado de Psiquiatría de Henry-Ey, el cual resultó primordial ya que incorporó elementos del psicoanálisis. Se produce una gran revolución farmacológica en la década del 50 (búsqueda de la medicación correcta para el paciente adecuado), un pasaje del DSM II al DSM III, por lo que ordenar, clasificar, resultó ser uno de los logros más importantes (Gallego & Arévalo, 2007, p. 11).

Luego de la Segunda Guerra Mundial se produce una transformación en la relación médico-paciente, promoviendo mayor autonomía en el individuo. Se realiza un abordaje integral del sujeto, incluyendo lo que sufre o cree sufrir a causa de su enfermedad.

En los años 60 son considerados los derechos de los sujetos, surgen las comunidades terapéuticas, nuevos modelos clínicos, centros diurnos; comienza a trabajarse la idea de desmanicomialización.

b. Psicosis

“...La psicosis es una temática que se considera relevante en las sociedades contemporáneas ya que su emergencia y afección es de alto impacto” (Figuroa, Flores & Hernández; 2014, p. 36). En sus diversas formas de manifestación, consiste en un campo de problemáticas inseparable de la clínica; se trata de un campo que ha de ser abordado desde las nociones nosográficas así como también desde la propia singularidad y subjetividad del sujeto.

“La psicosis no se reduce a condiciones y variaciones biológicas; es un campo sobre el que muchas disciplinas tienen una Práctica de discurso: algo que decir y algo que hacer” (Terríquez, 2013, p. 1217). El Psicoanálisis, ha tenido grandes aportes en lo que respecta a la clínica de la psicosis.

A continuación se percibirá un recorrido de la Psicosis a lo largo de la historia. |

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, con Emil Kraepelin (1856-1926) -creador de la noción nosográfica demencia precoz como forma de psicosis endógena- comienzan los primeros esbozos de clasificar los trastornos mentales. El psiquiatra alemán los destacó y clasificó en tres formas: catatonía, hebefrenia, paranoide. Realizó la agrupación de diversos cuadros clínicos formulando el concepto de psicosis maníaco-depresiva. En su “Tratado de las Enfermedades Mentales”, refiere a la demencia precoz como una especie de locura, cuya particularidad radica en la progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y profundos trastornos en la afectividad. Chaslin y Stransky (observadores de la época), consideran que la demencia precoz conlleva a la disociación de la vida psíquica y no consiste en una demencia (Ey, Bernard y Brisset, 1978, pp. 472-473).

Paul Eugen Bleuler (1857-1939) psiquiatra suizo, toma de estos autores la característica de disociación, también llamada disgregación de la personalidad. Propuso la designación del grupo de los “Dementes Precoces”, integrado por personas incapaces de asociar. En 1911 cambia el nombre de demencia precoz por el de esquizofrenia, fijando su atención en los síntomas de la enfermedad. Para Bleuler lo que caracterizaba al trastorno esquizofrénico era su evolución autística, es decir, la forma autística del delirio.

Sigmund Freud (1856-1939) fue médico neurólogo y uno de los intelectuales más importantes del siglo XX, a quién se lo conoce como el padre del Psicoanálisis. Trabajó durante mucho tiempo en el campo de las neurosis el cual le fue de gran utilidad para pensar la psicosis. Los intentos de abordar la psicosis para Freud estuvieron cargados de contradicciones. En sus comienzos consideró que los pacientes psicóticos eran inabordables para el método quedando por fuera de la técnica psicoanalítica; el psicótico no podía establecer transferencia debido a la vuelta de la libido hacia sí mismo.

En su texto llamado “Neurosis y Psicosis” (1923-1924) realiza algunos señalamientos en cuanto al funcionamiento psíquico. Plantea que el yo se defiende de la pulsión mediante el

mecanismo de represión, en tanto que la pulsión vuelve y se produce un destino sustitutivo - el síntoma- del cual el yo se defiende constantemente pues se siente amenazado. Ello da como resultado la neurosis: “El yo ha entrado en conflicto con el ello, al servicio del superyó y de la realidad; he ahí la descripción válida para todas las neurosis de transferencia” (p. 156). La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, mientras que la psicosis implica la perturbación en el vínculo entre el yo y el mundo exterior.

Sobre las esquizofrenias dice: “...las esquizofrenias, se sabe que tienden a desembocar en la apatía afectiva, vale decir, la pérdida de toda participación en el mundo exterior” (p. 157). Se produce el delirio como forma de reconstrucción, un intento de contacto con la realidad; funciona como un parche que viene a ubicarse allí dónde se produce una desgarradura entre el yo y el mundo exterior.

El efecto patógeno depende de lo que haga el yo en semejante tensión conflictiva: si permanece fiel a su vasallaje hacia el mundo exterior y procura sujetar al ello, o si es avasallado por el ello y así se deja arrancar de la realidad (Freud, 1923/1924, p. 157).

Freud, en su texto “La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis” (1924), continúa reflexionando y reelaborado sobre estas cuestiones. Plantea que en la “neurosis se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se lo reconstruye” (p. 195). La psicosis, al desmentir la realidad y sustituirla, necesita de nuevas percepciones que correspondan a la realidad nueva, por lo que se vale de la producción de alucinaciones.

Consecutivamente se destaca la presencia de la psicoanalista Melanie Klein (1882-1960), quién profundiza en las conceptualizaciones de Freud, promoviendo un desarrollo y crecimiento del pensamiento freudiano. Su experiencia clínica le permite visualizar la “...existencia debajo de las estructuras coherentes del Yo y Super-Yo de núcleos psicóticos residuales de la infancia y que pueden reactivarse en determinadas circunstancias” (Baranger, 1960, párr. 59). Estos brotes psicóticos remiten a las posiciones esquizoparanoide y depresiva, y permiten comprender el desarrollo de la personalidad del niño ya sea en su línea normal o perturbada, pudiendo conllevar a la psicosis, perversión o neurosis.

Klein (1946) argumenta que el desarrollo de la personalidad se basa en la intensa relación entre el niño y su madre y dependerá de la superación de conflictos (ansiedad,

culpa, envidia y logro de la gratitud) ocasionados en determinadas etapas de la infancia que podrán re-surgir en la adultez. “Las ansiedades psicóticas, los mecanismos de defensas del Yo en la infancia ejercen una profunda influencia en todos los aspectos del desarrollo, incluyendo el desarrollo del yo, superyó y relaciones de objeto” (p. 1). Sostiene que las relaciones de objeto surgen desde el comienzo de la vida -a diferencia de Freud-, resultando el pecho de la madre el primer objeto. Este es escindido como un pecho bueno y un pecho malo; es bajo estos ciclos de tensión (amor/odio) que funcionará la personalidad. Los impulsos destructivos dirigidos hacia el pecho de la madre, influyen en el desarrollo de la paranoia y de la esquizofrenia.

Klein desarrolla la posición esquizoparanoide, caracterizada por la presencia de ansiedades y defensas primitivas (disociación, omnipotencia, negación, identificación proyectiva) que se manifiestan en contra de la ansiedad persecutoria visualizada en pacientes psicóticos. Si bien transitar por la posición esquizoparanoide es considerado “normal” para la autora, permanecer en dicha posición implica el bloqueo del pensamiento lógico, promoviendo la escisión del yo, imposibilitando la elaboración de la posición depresiva (p. 15).

Donald Woods Winnicott (1896-1971) –al igual que Klein- visualiza la importancia relacional entre el niño y su madre: esta cumplirá la función de crear un ambiente facilitador dando paso a la producción de los procesos de maduración del niño. Además, la madre cuenta con la función de sostén, manipulación y presentación de los objetos. El autor despliega el concepto de objetos transicionales que juegan un rol fundamental en el infans y que influyen en un proceso posterior de desarrollo. Con el término objeto transicional designa:

Zona intermedia de experiencia entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de ésta (Winnicott, 1979)

Esa zona intermedia tiene que ver con la forma en que vive el bebé la realidad subjetiva y con la aceptación del mundo exterior. Esta posesión de un objeto la denomina no-yo, donde el niño reconoce en el objeto características de su madre, a la vez que percibe la ausencia de ella. El objeto transicional implica el pasaje de un estado de fusión del niño con su madre hacia un estado de separación; el niño distingue a su madre como algo externo.

La separación abrupta o pérdida de la madre, va a generar en el niño cierta perturbación visualizada por la emergencia de rasgos patológicos.

Según Winnicott si nos remontamos a las primeras condiciones de vida del niño, podremos visualizar su desarrollo emocional, en relación con el apoyo y los cuidados que ha recibido. El autor plantea que la psicosis se instala cuando necesitamos de la acogida de otros con el fin de evitar colapsar; visualiza en la psicosis un retorno de defensas que fracasan y percibe el delirio -al igual que Freud- como un intento de autocuración.

Jacques Lacan (1901-1981) médico psiquiatra y psicoanalista francés, valora al sujeto en sí y no a un loco desde el punto de vista de déficit y de la disociación de las funciones (Maleval, 2009, p. 15). Para el autor la clínica del psicoanálisis solo es concebible a partir de la relación establecida con el Otro. Toma en cuenta tres grandes modelos para el entendimiento y trabajo en la psicosis: el pegamiento al espejo de "Acerca de la causalidad psíquica", la intrusión psicológica del significante de los años cincuenta y el desanudamiento de la cadena borromea (Maleval, 2009, p. 28).

En 1957 Lacan introduce el concepto de forclusión del Nombre del Padre para poder comprender la estructura psicótica. El abordaje de este autor implica el estudio de los anudamientos de la estructura del sujeto, dando cuenta de sus rupturas (Maleval, 2009, p. 27). Lacan entiende que la función paterna se basa en una ausencia que tiene como resultado el surgimiento de un significante; se produce así la ruptura de un anudamiento entre la cadena de significantes y aquello que desde el exterior brinda un ordenamiento (Maleval, 2009, p. 85). El significante Nombre del Padre es el que va a brindar una respuesta fálica ante las preguntas del infans en relación a la aparición y ausencia de su madre. "La función fálica hace que el sujeto sea apto para inscribirse en discursos que constituyen un vínculo social" (p. 83).

A comienzo de los años setenta, Lacan formula la existencia de un Otro barrado $\$$. Hasta ese entonces la idea era oponer el deseo a la ley; ahora, el Nombre del Padre tiene como función unirlos, brindando la respuesta de significante fálico frente a la pregunta por el deseo del Otro. Entiende al sujeto psicótico como sujeto no dividido. "Cuando el inconsciente demuestra depender del discurso del otro, la Spaltung estructural del sujeto se afirma. La alienación imaginaria queda subordinada a la alienación significativa...por lo tanto el sujeto ha de ser concebido como un sujeto no dividido" (Maleval, 2009, p.27).

Se concibe el Nombre del Padre como aquella construcción necesaria -inscrita en el orden simbólico- que permite un ordenamiento en el sujeto. En el caso de la psicosis, lo que falta para Lacan es la intervención del padre en el deseo materno, quedando el sujeto invadido por el goce del Otro; permanece forcluido aquello que no ha podido ser simbolizado.

Jorge García Badaracco (1923-2010) entiende la identificación como el primer vínculo estructurante del infans; el sujeto se identifica con el otro y posteriormente reconoce su existencia. Alude a que el funcionamiento psicótico está configurado por diversos factores: rasgos patológicos de las figuras parentales, falta de empatía y asistencia al sujeto, imposibilidad de permitir el proceso de desimbiotización de la simbiosis primitiva obstruyendo la autonomía, problemáticas ideológicas familiares y el carácter patogénico de acontecimientos traumáticos en la vida de las personas (1986, p. 496-497).

Mediante las identificaciones proyectivas de las que se vale el sujeto para la construcción de un mundo delirante, el sujeto se convierte en un objeto cada vez más pasivo y sometido. De esta manera, el sí-mismo del sujeto no logra desarrollarse, impidiendo la autonomía. “Buena parte de la sintomatología psicótica puede entenderse en términos de esa lucha por mantener contacto con el objeto” (Badaracco, 1986, p. 503). Desde que el infans realiza una demanda y se vuelve frustrada por las carencias de los objetos parentales, estos pueden llegar a transformarse en objetos enloquecedores. El autor manifiesta la existencia de objetos buenos y malos en términos de brindar asistencia o no al yo inmaduro. El objeto bueno se relaciona con el dar herramientas para enfrentar experiencias frustrantes, así como también con la posibilidad de poder poner los límites. El objeto malo, enloquecedor, funciona como habilitador y potenciador de las frustraciones. La identificación que se produce, se caracteriza por ser alienante ya que el yo es reemplazado por un objeto que se apodera de él.

Estas identificaciones patológicas van quedando disociadas y se organizan como partes escindidas de la mente como objetos internos enloquecedores que pasan a formar parte de un inconsciente escindido y que deben ser mantenidos bajo control por fuertes mecanismos de defensa, lo que representa un permanente desgaste de energías necesarias para la estructuración del aparato psíquico (Badaracco, 1986, p. 507).

Jorge Tizón García (1946) describe a la psicosis como un trastorno relacional grave conformada por una serie de síntomas negativos (aspectos más difíciles de cambiar que traducen la forma de relación del paciente) y positivos. A ese tipo de vinculación peculiar, denomina relación simbiótica adhesiva, ocasionada por factores de riesgos biopsicosociales. La relación simbiótica implica tomar como referente a un otro en el cual a la vez que se busca refugio, se le teme. Por su parte, la relación adhesiva consiste en conductas del como sí y borderline. Generalmente ese otro suele ser la madre o el padre, estableciendo una relación ambivalente que impide la diferenciación del sujeto-objeto, promoviendo una relación simbiótica (2007, pp. 344-345).

D. Desarrollo

1. Esquizofrenia

a. Introducción

La esquizofrenia consiste en una de las patologías más degenerativas y frecuentes dentro de las enfermedades psicóticas. Se trata de una enfermedad que altera la personalidad, produciendo un corte con la realidad, disminuyendo progresivamente la comunicación con los demás. Como consecuente promueve la construcción en el sujeto de otro mundo que dista de la realidad, un mundo percibido mediante la creación del delirio, visualizado -al decir de Freud- como forma de reconstruir el vínculo con la realidad.

En ocasiones suele asociarse la psicosis con esquizofrenia. Si bien sabemos que resulta una forma de psicosis, la esquizofrenia cuenta con rasgos propios determinantes. Para diagnosticarla se requiere de una evaluación clínica y de la utilización de manuales estandarizados; herramientas de las que se vale la psiquiatría para poder trabajar.

Lacan pudo visualizar en clínica las formas de suplencias que tiene el sujeto para suplir la función paterna; puede apreciarse cierta pluralización del Nombre del Padre pero no una ley simbólica universal, sino única para cada sujeto. Esto hace alusión a una clínica de las suplencias y del caso por caso, lo cual conlleva un cambio entre la forma de clasificación estructuralista -que delimita estructuras: neurosis, psicosis, perversión- por una de tipo borromea, que implica rupturas de los anudamientos de la estructura del sujeto (Maleval, 2009, p. 21). El concepto de forclusión del Nombre del Padre es de carácter dinámico que pone en juego los recursos creativos del sujeto psicótico, abriendo el campo de la elaboración de suplencias; estructura que puede ser elaborada al igual que la de un sujeto neurótico.

b. Definiciones

El DSM IV (2002) describe a la Esquizofrenia como la más frecuente de las enfermedades psicóticas: alteración caracterizada por la presencia de un tejido de signos y

síntomas positivos-negativos (asociados a un deterioro de la actividad social o laboral), que se presentan por lo menos durante un período de un mes o menos tiempo si el tratamiento tuvo éxito; aunque hay algunos signos que han persistido durante al menos 6 meses. Los síntomas positivos son: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico. Los síntomas negativos: aplanamiento afectivo (restricciones del ámbito y de la intensidad de la afectividad), alogia (perturbación en la fluidez y productividad del pensamiento), abulia (distorsión, en aquellos comportamientos dirigidos a un objetivo específico) (DSM IV, p. 334).

El DSM IV, clasifica a la esquizofrenia en cinco subtipos: Paranoide (menor gravedad), Desorganizado (mayor gravedad), Catatónico, Indiferenciado, Residual.

Henry-Ey (1978), presenta la esquizofrenia como:

Psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario (p. 473).

El autor visualiza en la esquizofrenia un proceso lento, profundo, progresivo, caracterizado por la presencia de un síndrome deficitario de disociación, síndrome secundario de producción de ideas de sentimientos y actividad delirante. La definición de psicosis crónica esquizofrénica puede llegar a entenderse como:

Conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas, y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de los sentimientos- trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad (Ey, 1978, p. 474).

Clasifica la esquizofrenia en: hebefrenia, hebefrenocatatonía (formas graves) y en esquizofrenia simple, esquizoneurosis (formas menores).

A partir de estas definiciones se habla de reacciones esquizofrénicas y no de enfermedades o síndromes.

c. El Proceso Esquizofrénico

Henry-Ey plantea que para abordar el proceso esquizofrénico es necesario considerar la evolución de la enfermedad ligada al desarrollo psicodinámico de la persona. Refiere a una patología temporal-dinámica y al aspecto multidimensional de la etiología de las enfermedades mentales por lo que resulta imposible reducir la esquizofrenia a factores orgánicos o psicosociales.

La concepción de esquizofrenia que maneja el autor, remite a un potencial de evolución crónica. “La esquizofrenia es una tendencia a la desorganización del Yo y de su Mundo, y a la organización de la vida autística; es al mismo tiempo, una malformación estructural y un desarrollo histórico” (Ey, p. 501). Se produce la instalación de un delirio crónico que remite a la imposibilidad de salirse de cierta experiencia subjetiva. “Lo esencial de la patología esquizofrénica está constituido por la deformación y la regresión de la personalidad” (Ey, p. 501).

Henry-Ey (1978) plantea que la historia que se hace de la esquizofrenia, tiene que ver con “Unos personajes parentales mal recortados (o desdibujados) en la familia y ante el niño nos remite a las dificultades de la identificación. Se entiende que la esquizofrenia estaría determinada por estas derrotas sucesivas (p. 502).

Dentro de las formas clínicas de la esquizofrenia, la más frecuente es la paranoide. “La psicosis esquizofrénica se define por su desagradable potencial evolutivo, por su tendencia cada vez más acusada a la ruptura de la persona del esquizofrénico con la realidad” (Ey, p. 518).

Dentro de las formas graves, destacamos la Hebefrenia llamada por Ey demencia precoz de los jóvenes. Se acentúa por la presencia del síndrome negativo de discordancia y la rapidez de su evolución. Cuanto más joven es el sujeto más frecuente resulta; posee comienzo insidioso y progresivo. La Hebefrenocatatonía, descrita por Kahlbaum en 1874, se destaca por la presencia de trastornos psicomotores.

Formas menores: la Esquizofrenia simple evoluciona muy lentamente, pueden pasar diez años o más. En el sujeto, como antecedentes, se encuentran rasgos esquizoides: aislamiento, introversión, rareza, rigidez, entre otros. También existe un desinterés por las actividades, ya que son realizadas automáticamente; además se presenta apragmatismo sexual y conducta afectiva paradójica. Generalmente el aislamiento social es justificado ya que si bien presenta actividad delirante y alucinatoria, resulta discreta.

Según Robles (2006) el tratamiento que se brinda a sujetos enfermos ha variado con el transcurso del tiempo, siendo necesario visualizar la esquizofrenia en sus diversas manifestaciones de un modo integral. Murray y López (1996) plantean que “de todas las enfermedades mentales existentes, la esquizofrenia es una de las 10 más discapacitantes” (Robles, 2006, p. 225).

Thornicroft y Tansella (1996), revelan que la enfermedad causa “...angustia, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario tanto en los propios sujetos como en sus familiares” (Robles, 2006, p. 225). Robles manifiesta la existencia de sujetos diagnosticados con esquizofrenia, pero remarca que un mismo diagnóstico no implica las mismas necesidades. Esto se asocia directamente al hecho de trabajar con el sujeto integral, prevaleciendo lo singular y subjetivo.

2. Acompañamiento Terapéutico

a. Introducción

El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico realiza un abordaje desde el lazo subjetivo generado con el acompañado, brinda atención y contención a pacientes con problemas psíquicos severos y apoyo a sus familias, presentándose en ocasiones como sostén. “El acompañamiento, incluido en el tratamiento de casos graves, es una herramienta que posibilita restablecer vínculos o producir otros nuevos, contemplando el caso por caso, esto es, sin fórmulas ni protocolos universales de intervención” (Ledesma, 2012, p. 6). Si bien el Acompañamiento acompaña al paciente, apunta al tratamiento establecido del cual forma parte.

b. Antecedentes

El Acompañamiento Terapéutico surge en los años sesenta en Argentina, impulsado por Eduardo Kalina. Emerge como práctica alternativa a la internación de pacientes con trastornos mentales severos; abordaje terapéutico que no presentaba éxito. Hasta ese momento las prácticas eran asistencialistas y se caracterizaban por una visualización del sujeto psicótico como objeto, quedando así excluida su singularidad. Los modelos asistencialistas tradicionales brindan un tipo de atención y cuidado promoviendo la normalización del objeto de atención, entendida la psicosis en este caso como “deficiencia”. Es preponderante remarcar el valor y el trabajo que realizan las instituciones psiquiátricas, pero no se puede pasar por alto la tendencia que tienen a normalizar al paciente. De esta forma surgen modelos clínicos alternativos de atención que permiten la constitución de una red de apoyo en la comunidad, con el fin de acompañar al sujeto en su accionar cotidiano.

En la década del 30 comienzan a surgir los primeros esbozos de psicoterapia grupal, familiar, lo que conocemos como musicoterapia, expresión corporal, entre otras. Durante la década del 50, se produce un masivo desarrollo de los psicofármacos lo cual promueve un gran avance en lo que respecta al abordaje psicoterapéutico de pacientes psicóticos: se encuentra la medicación indicada para el paciente adecuado. Concomitantemente se

incorpora la noción de socioterapia y comunidad terapéutica, como nueva técnica que sirve al abordaje de estos sujetos.

Es así que en la década del 60 se produce un declive del modelo manicomial, por lo que surgen en Argentina los primeros grupos de profesionales, participando activamente en la cotidianeidad de pacientes severamente perturbados. En un principio, el Acompañante Terapéutico era considerado “amigo calificado”. Si bien puede llegar a establecerse un vínculo afectivo muy bueno con el paciente, el acompañante no es un amigo y resulta necesario remarcarlo en determinadas ocasiones.

El Acompañamiento Terapéutico tiene sus indicios en el Psicoanálisis (psicoterapia institucional francesa), la Antipsiquiatría precisamente el movimiento anti psiquiátrico inglés y la Psiquiatría comunitaria (democrática italiana).

c. Definiciones

En el diccionario de la Real Academia Española (2010), encontramos al Acompañamiento como:

- 1.m. Acción y efecto de acompañar o acompañarse.
- 2.m. Gente que va acompañando a alguien.
- 3.m. Conjunto de personas que en las representaciones teatrales o en los filmes figuran y no hablan, o carecen de papel principal.

El término Terapéutico está formado por raíces de origen griego: Therapeuen que significa atender, cuidar, y el sufijo “tico” que significa “relativo a”, por lo que se entiende lo relativo al cuidado (DRAE, 2010).

- 1.adj. Perteneiente o relativo a la terapéutica.
- 2.f. Parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades.
- 3.f. Ese mismo tratamiento.

Marcelo Percia (2004) visualiza al acompañar como:

...escoltar algo que no está, que está por venir, que quizá no vendrá. Una escolta allegada a lo que tal vez nunca llegue. Escolta no como séquito que sigue algo que está, sino como espera que, incluso, no espera. Séquito que no adhiere a un poder ya revelado, sino que ofrece acogida a algo que de repente se muestra...Tal vez acompañar significa hacer amistad con la inminencia. El psiquiátrico confina, medica, mata el tiempo. Vigila para que no ocurra una desgracia. El ideal institucional es que no pase nada (Ledesma, 2012, p. 195)

Gustavo Rossi (s.f) presenta el A.T como "...dispositivo paradigmático que posibilita desde lo empírico ese entrecruzamiento en las tentativas de investigación, sobre conceptos que hacen lazo del sujeto psicótico con su entorno, y la inserción social a veces dejada de lado..." (p. 49).

Carlos Ledesma Lara (2012) define el A.T como:

Dispositivo clínico con unas funciones determinadas dentro de un tratamiento que es específico para cada paciente, esto es, representa una función clínica que contempla necesariamente el caso por caso, más allá de las condiciones y encuadre de trabajo comunes a todos los casos (p. 192).

Según Bazzano (2009) "El Acompañante Terapéutico es una bisagra un "como sí" que habilita al Ser" (p. 35).

"En términos psicoanalítico, el Acompañamiento terapéutico es un soporte para el sostén del deseo del sujeto psicótico" (Terríquez, 2013, p. 1225).

Nivoloni (2008) plantea que algunos autores consideran al A.T como una "...instancia psíquica externa al enfermo mental, a menudo conocida como yo auxiliar, que puede pensar junto con el mismo ayudándolo a descifrar lo que viene de adentro y lo que viene de afuera" (p. 2). Se trata de apoyar al otro en la situación que así lo requiera, hasta el punto de decidir por el otro en caso de que sea necesario, asumiendo las funciones del yo del paciente; a esto, algunos autores le llaman el yo auxiliar. Nivoloni manifiesta la importancia de que el Acompañante sirva como identificación, con el fin de poder enseñar y mostrar diversas formas de accionar durante la cotidianeidad. "Por lo tanto, es a partir de la identificación de un objeto ya existente, que surge del sujeto, el deseo de desarrollar en los aspectos que anteriormente eran a menudo no muy importantes" (p. 9).

Al decir de Gustavo Rossi (s.f):

El A.T opera como un apoyo para intentar restaurar aquello deteriorado en el sujeto, aunque sea en un pequeño punto que sirva de anclaje, de referencia. A manera de puente, o como una vía

de entrada ante tantos lugares que el paciente percibe encerrados, y de los que trata de mantenerse alejado, en la sociedad que funciona como barrera... (p. 53).

Rossi considera que el Acompañante puede actuar como intermediario y entablar un vínculo con el medio ambiente, mediante un otro “que ponga en escena algún espacio que funcione como transicional, y amortigüe efectos que pueden resultar devastadores” (p. 53).

Se visualizan diversas definiciones que aluden a un andar junto al otro que funciona como sostén y motor frente a las limitaciones preexistentes o emergentes. El Acompañante tiene la función de “puente” que permite “salir de” determinado lugar para poder posicionarse en otro/s; un rol particular que permite continentar al otro.

d. Acompañamiento Terapéutico como dispositivo

Al ser el término dispositivo utilizado en diversos campos, fundamentalmente en el de las disciplinas psicológicas, se considera oportuno explicitar en qué consiste. El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo móvil que se caracteriza por ser flexible y variar en la inmanencia del encuentro.

Michel Foucault (1997) plantea que el dispositivo consiste en un conjunto heterogéneo de discursos, prácticas, leyes, instituciones, enunciados científicos, que conjugan entre lo dicho y no dicho. Es la red que articula todos estos elementos, que no pueden ser sistematizados como un procedimiento ni en la descripción precisa de un proceso. Para Foucault el todo, lo uno, el objeto, lo verdadero, el sujeto, consisten en procesos singulares de totalización, unificación, objetivación, verificación y subjetivación que son específicos de un dispositivo determinado.

Deleuze (1990) considera el dispositivo como un conjunto de elementos que no están determinados de antemano, sino que son factibles de ser modificados. Lo concibe como una máquina para hacer, ver y hablar.

El dispositivo sustentado en un marco clínico deviene como forma de continentar al paciente y no busca controlar. Cuenta con un objetivo, una dirección, “pero los elementos emergentes en la situación clínica pueden llevarlo por senderos inesperados, sin por ello desviarlo de su objetivo principal, ni del eje de todo trabajo clínico, es decir: el sujeto y su discurso” (Ledesma, 2012, p. 9). El dispositivo consta de objetivos, reglas y un encuadre

que posibilitan el trabajo con la singularidad del sujeto, apostando a un movimiento que permita el surgimiento de cambios.

e. Objetivos

Antes de especificarlos, es pertinente aclarar que los objetivos podrán ir remodelándose, atendiendo a un proceso de seguimiento y evaluación; han de ser consensuados con el equipo tratante, la familia, el paciente, en función de sus posibilidades, situación social y clínica. El sujeto portador de subjetividad es único; por ello es necesario contar con intervenciones posibles de acuerdo con cada paciente.

- *Crear, brindar un espacio de contención para el sujeto, evitando la internación en una institución.*
- *Disminuir los síntomas; para ello será necesario trabajar con su sufrimiento.*
- *Restablecer el lazo social.*

Mejorar la calidad de las relaciones que rodean al acompañado, facilitar el diálogo y ser mediador de diferentes dinámicas patológicas que puedan emerger en función a sus posibilidades y necesidades. Aquí entra en juego el deseo heterogéneo del sujeto en el orden simbólico, enmarcado en su relación con los otros como forma de negociación, en búsqueda de su satisfacción y, al mismo tiempo, de la coexistencia con la sociedad (Terríquez, 2013, p. 1219).

- *Buscar y construir nuevos espacios de subjetivación.*

Según Lacan (1960-1961) el sujeto psicótico se presenta como objeto para ser gozado por un otro perseguidor (p. 214). El A.T puede ayudar a construir -junto al sujeto- un nuevo espacio subjetivo, promoviendo la emergencia de nuevas formas de vinculación con el otro semejante.

Un sujeto puede gozar de su «dependencia» —a una droga, a un familiar que lo asiste— quejándose de la droga, del familiar que lo agobia al controlarlo, pero dicha queja sólo tiene como efecto la perpetuación de esa dependencia, manteniéndose el paciente en ese lugar de goce de otro (Ledesma, 2012, p. 88).

Parafraseando a Rossi (s.f), con el acompañamiento se produce la apertura de espacios simbólicos, mediante el uso de la palabra como alternativa a la actuación (p. 52).

- *Potenciar y favorecer el bienestar del sujeto.*

En un sujeto que podemos graficar como herido en su capacidad de vincularse, buscamos ofrecer alguna salida del lugar que lo cronifica en una “enfermedad”, que aumenta su gravedad, o lo expone en su falta de defensas (psíquicas en este caso), frente a situaciones que hacen a su cotidianeidad. Un primer paso será simplemente que pueda aliviar el dolor que lo inmoviliza, y reforzar sus posibilidades de acceder algún bienestar... (Rossi, s.f, p. 52).

La búsqueda del bienestar implica promover la emergencia de recursos en el paciente que le permitan afrontar determinadas situaciones que desbordan su capacidad de respuesta.

- *Trabajar junto a la familia en la búsqueda de herramientas/recursos, con el fin de generar formas de actuar alternativas ante situaciones emergentes que pueden resultar desbordantes.*

En caso de no contar con tratamiento:

- *Lograr enmarcar al sujeto en un tratamiento.*

Este tratamiento podrá ser analítico, formar parte de un centro de rehabilitación, psicoterapia, entre otros. En fin, el objetivo es brindar tratamientos que ayuden a la autonomía del sujeto y busquen su bienestar.

En caso de contar con tratamiento:

- *Promover la adherencia o continuidad al tratamiento, así como el retorno al núcleo familiar y social.*

Este proceso incluye participación en actividades laborales, educativas, recreativas propuestas por el Acompañante, por el equipo tratante o motivadas por el deseo del paciente.

f. Metodología

El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico necesita de un encuadre donde se visualice la forma en la que se establecerá el Acompañamiento (reglas flexibles).

El Acompañamiento se desempeña de forma ambulatoria en el entorno del sujeto. Si bien se trabaja conformando un equipo interdisciplinario y en conjunto con la familia/entorno del acompañado (quienes influyen en el proceso de rehabilitación), el Acompañante es quien “pone su cuerpo” (Ledesma, 2013, p. 186). Es la persona que se encuentra más expuesta al trabajar en espacios comunitarios diversos. Se necesita generar un soporte simbólico otorgado por la supervisión clínica de cada caso, donde se visualice la patología del sujeto y el deseo del Acompañante el que ha de ser trabajado en su propio análisis, por ser quien guía su práctica.

Se trabajará “como forma de mediatizar, de hacer de “bisagra”, entre aquel ensimismamiento y el mundo...” (Rossi, s.f, p. 51).

Con el Acompañamiento se busca la tramitación por medio de la palabra, de forma tal que el sujeto pueda poner en palabras pensamientos y deseos que en otra oportunidad culminarían en un pasaje al acto; de esta manera se le muestra al sujeto las repercusiones que puede tener su accionar en la cotidianidad.

g. El Perfil y el Rol del Acompañante Terapéutico

En nuestro país, no es requisito ser universitario o pertenecer a las ramas psicológicas para formarse como Acompañante Terapéutico. No obstante ello, es necesario reconocer que la pertinencia y el conocimiento en torno al campo psicológico, permite otro tipo de desenvolvimiento como Acompañantes: facilita el reconocimiento de los síntomas y signos de un sujeto diagnosticado con esquizofrenia, así como también, permite realizar otro tipo de intervención que implica la interpretación y la búsqueda de sentido de lo que le sucede al sujeto consigo mismo y su entorno. El término Psico, proviene del griego “psykhé” que significa alma, psique. Un universitario perteneciente a la rama psicológica podría trabajar como acompañante prevaleciendo el cuidado del alma (psiquis). Si bien el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico descrito se sienta en bases psicoanalíticas, es importante destacar el abordaje desde la psicología sea cualesquiera la corriente a desarrollar.

El rol del Acompañante Terapéutico implica trabajar junto a otros de forma interdisciplinaria permitiendo la elaboración de estrategias y objetivos en conjunto. Henry Ey (1978) manifiesta respecto del sujeto psicótico: “tratar a un esquizofrénico es verse continuamente remitido del sujeto al grupo familiar y al grupo terapéutico; del mismo modo, las técnicas de grupo o las comunidades terapéuticas no pueden evolucionar sin la referencia permanente del universo personal del enfermo” (p. 533). Es preponderante y necesario contar con un buen manejo del lenguaje, accesible para el sujeto y su familia, que propicie la comunicación.

h. El sujeto portador de sufrimiento y su familia

Generalmente se visualiza a la familia y discriminadamente el enfermo mental, es decir lo sano y lo enfermo. Posiblemente se escuchen relatos donde la familia se queja del “paciente enfermo”, considerándolo la causa del desequilibrio familiar. Se necesita salir de la idea de que el sujeto psicótico es la causa del desequilibrio, para poder visualizar el entramado relacional dentro del grupo familiar.

El nacimiento de un hijo implica un encuentro entre ese nuevo suceso y las marcas que constituyen la alianza, en este caso la relación entre los padres. Si el nacimiento, deja por fuera la posibilidad de significación de un tercer lugar (hijo no buscado, no aceptado, no deseado), puede llegar a generar la potencialidad psicótica, pues el vínculo se encuentra completamente afectado. Como consecuencia surge la desmentida, donde cada uno desmiente a un tercero. Al ser vivida la triangulación como algo amenazante se produce el escape de ella preservando el narcisismo individual, donde cada uno construye su propia familia alternativa. Cuando en la familia no hay lugar para un hijo, él mismo busca ese lugar afuera por medio de una triangulación.

Según Lacan, resulta fundamental el papel que juega el Otro para que el infans advenga como sujeto. “El Nombre del Padre designa aquello que en lo simbólico encarna la ley” (Maleval, 2009, p. 65-66). El padre entra en juego por medio del discurso de la madre, es así que resulta un significante. Para el sujeto que carece de un significante fálico el deseo de la madre se presentará bajo la forma de un goce imposible de dominar; esto se debe al deseo de una madre no simbolizado, es decir no tachado por el Nombre del Padre. Lacan concluye que el Nombre del Padre asegura (en principios) la existencia de un Otro dueño de la verdad. Como resultado de este proceso, la psicosis viene a desarrollarse cuando el

sujeto no cuenta con la respuesta fálica; culminando en la producción de un delirio en el que se involucra a un tercero.

El paciente mediante el delirio va en busca de esa subjetividad no adquirida o disipada en el transcurso del camino. “La idea delirante es entonces un intento de subjetivización, pero al mismo tiempo un fracaso, pues lo que se consigue es una negación y un rechazo, una alienación” (Aponte, 2008, p. 56). La trama familiar queda marcada por una carencia, un gran vacío que necesita ser ocupado; el sujeto psicótico se vale de la producción de ideas delirantes para rellenar ese hueco. “La idea delirante constituye un modo bizarro de aproximación al otro por temor a un no encuentro o a un encuentro violento” (Aponte, p. 56).

Pichon-Rivière (1985) manifiesta que la familia se presenta ante el niño como instrumento mediador satisfaciendo las necesidades de él y de la sociedad; el sujeto conforma su identidad y su posición en esa red interaccional. Cuando emerge la enfermedad en este contexto, el enfermo resulta portavoz debido a cuestiones silenciadas por la familia. El autor plantea que un grupo familiar enfermo es “aquel que no ha podido absorber una modificación impuesta, como consecuencia de la cual ha perdido su equilibrio, paralizándose e instaurándose una situación de inseguridad básica” (p. 75). El sujeto enfermo realiza una actuación y devolución de aspectos que no puede absorber; el grupo familiar se defiende excluyendo al enfermo, conjurando angustias que conciernen a todos. “La segregación del enfermo en ocasiones es sutil, y en otras es violenta, pero en ambos casos es desmentida, produciéndose un equilibrio en la constelación familiar al precio de la enfermedad de uno de los miembros” (Ledesma, 2012, p. 243).

El Acompañante Terapéutico tiene la posibilidad de visualizar el círculo de violencia que se genera y reproduce. Por un lado, la imposibilidad de reconocer al otro como singular diferente: el sujeto se encuentra frente a una serie de imposiciones y significaciones otorgadas por la familia, que lo colocan en un callejón sin salida, produciendo ideas delirantes. Por otra parte, siempre habrá algo del otro que no se puede entender, desde la psicosis o desde lo “ajeno”. Existe también la violencia desde la prohibición, el silencio.

“La psicosis muestra en estado puro el papel primordial del otro” (Aponte, 2008, p. 58). Esta idea coincide con lo planteado por Lacan y el discurso del Otro, por el cual estamos atravesados.

Entre incertidumbre y ambivalencia, es necesaria la función de un otro que contenga en estas situaciones. La función del Acompañante es restituir un lugar para el sujeto que ha quedado por fuera de la trama. Intentando buscar una función que no sea la delirante, se

trata de un lugar que no solo debe encontrar el sujeto psicótico sino que su familia debe otorgarle.

El sujeto psicótico entra en un sufrimiento que es necesario trabajar para buscar nuevas formas de subjetivización. En “El malestar en la cultura” (1930/1929), Freud destaca que el sufrimiento nos amenaza por tres lados:

- Desde el propio cuerpo
- Del mundo exterior
- De las relaciones con otros seres humanos

Esta última fuente de sufrimiento, es el único territorio vincular donde el sujeto puede hacer algo. Si el sufrimiento se evita, vamos tras la búsqueda de la satisfacción ilimitada de todas las necesidades, prefiriendo el placer y el goce antes que la prudencia, emergiendo consecuencias en principio no deseadas.

Continuando con el lineamiento del autor, el sufrimiento puede evitarse de diversas maneras; por un lado, alejarse de los demás y por el otro, consumir sustancias que producen sensaciones placenteras momentáneas. Mediante la intoxicación con sustancias, se proporciona un placer inmediato sin mediación de la palabra.

Otra posible vía para evitar el sufrimiento, consiste en reorientar los fines pulsionales mediante la sublimación de las pulsiones (Ledesma, 2013, p. 19-20).

El Psicoanálisis considera que detrás de cada síntoma hay una estructura de lenguaje, mediante esta se trata de simbolizar la palabra con el fin de que el sujeto pueda darle lugar al sufrimiento y así poder buscarle un sentido. Se trata de crear un espacio para que la palabra advenga y otorgarle un valor a la misma. La noción de cura implica volver a un estado anterior donde no había síntomas, es decir no existía enfermedad. Sin embargo para el Psicoanálisis es necesaria la emergencia de algo nuevo, posicionarse desde otro lugar, pues donde el sujeto se encontraba antes, de alguna manera u otra lo condujo al desarrollo de síntomas.

Referirse al pathos humano (sufrimiento) implica hablar de lo “...subjetivo, lo singular, lo complejo, lo indeterminado y también de la dificultad del lenguaje para abordarlo” (Singer, 2000, p. 115). Es importante poder asociar el sufrimiento con el no tener control sobre sí, con sentirse apesadado por el propio ser, con el no entender. Se trata de “...la concepción de

un sujeto que en su dimensión inconsciente no termina de saber aquello que lo aqueja y sólo puede expresarlo en forma fallida” (Singer, 2011, p. 9). Todo ello genera un círculo que se retroalimenta desde lo interno y lo externo. Para poder salirse de esta posición subjetiva y generar algo nuevo, es importante poder reconstruir algunos aspectos del sujeto que implican visualizar este sufrimiento, ponerlo en palabras, entenderlo, buscando un sentido; de esta forma el sujeto se vuelve responsable de sí mismo.

i. El lugar de la información: la nueva subjetividad

Es imprescindible el trabajo con la familia ya que el sujeto psicótico está condicionado de cierta manera por esta, a partir del cual -también en sentido de feedback- vuelca en ella ciertos aspectos de sí. Está comprobado que las intervenciones familiares individuales, reducen la tasa de recaída por parte del sujeto psicótico, “generando una reducción absoluta del riesgo del 48.8%...” (Romero, 2005, p. 281).

La psicoeducación como modelo de intervención ha hecho varios aportes de alto impacto en la sociedad, mediante el trabajo con pacientes con trastornos mentales severos persistentes y con su familia. Tiene como objetivo la educación o reeducación de las capacidades básicas, interpersonales-sociales, en las que se incluye el cuidado de higiene personal, el cuidado diario del hogar y otras tareas domésticas. La movilidad y comunicación del sujeto, el apoyo necesario para obtener un empleo y ayudas sociales también son temas que la competen (Robles, 2006, p. 227-229).

Un abordaje psicoeducativo familiar implicaría: una duración de al menos 9 meses, un abordaje comprensivo brindándole al sujeto información de la enfermedad, la búsqueda -en conjunto- de herramientas que le permita afrontar la cotidianidad, la relevancia de la actitud de colaboración y la promoción de recursos como elementos principales (Robles, 2006, p. 287). Al brindar información sobre la enfermedad a la familia, se logra una mejora en la evolución de la enfermedad y se apunta a la reinserción del paciente.

Según la Guía práctica de psicoeducación “Esquizofrenia y familia” (1986) la información que se brinda a la familia es la siguiente:

1. “La esquizofrenia es una enfermedad grave y, probablemente crónica...la mayoría de los pacientes padecerán varios episodios agudos a lo largo de muchos años y alcanzarán diversos niveles de funcionamiento...”.

2. Se desconoce la etiología de la esquizofrenia, siendo una explicación visualizar la enfermedad como "...perturbación del funcionamiento cerebral, de origen desconocido, que deja a los pacientes vulnerables a la estimulación interna y ambiental...".
3. Tanto los síntomas positivos como negativos son manifestaciones de la enfermedad.
4. No hay prueba alguna de que las familias causen esquizofrenia.
5. No hay cura para la esquizofrenia pero sí se la puede controlar, o reducir el número de crisis tanto del paciente como de su familia. "Una considerable cantidad de pacientes mejoran mucho y algunos se recuperan por completo" (p. 159-160).

Se observa que contar con información permite trabajar la adherencia al tratamiento: prevenir recaídas, disminuir el riesgo del deterioro psicosocial, que no se produzca la marginalización y/o institucionalización. Es fundamental brindarle a la familia el apoyo e información necesarios sobre la enfermedad porque es la que recibe y cuida del sujeto cuando obtiene su alta. Minkoff (1978) establece que "más del 65% dados de alta por hospitales psiquiátricos regresan junto a su familia" (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986, p. 54).

E. Reflexiones finales

Mediante el relevamiento bibliográfico efectuado, se reflexionó y analizó sobre la importancia del Acompañamiento Terapéutico, como dispositivo de intervención que permite acompañar al sujeto esquizofrénico en su cotidianidad, abordando su sentir -sufrimiento- y deseo.

Resulta preponderante poder reflexionar acerca de qué lugar se le da al “loco” en nuestra sociedad. A lo largo del trabajo se pudo visualizar los diversos abordajes de los sujetos con patologías mentales: transitando por tratamientos de la inmediatez, que anulan al sujeto, normalizándolo. ¿Cómo se llega a ello? Para poder responder esta interrogante, es necesario reconocer que en la actualidad, el estigma social frente a estas personas sigue imperando; el loco sigue siendo segregado. Es la sociedad quien demanda una solución ante esta problemática, obteniendo como respuesta: la internación en un centro psiquiátrico (aislamiento), la administración de fármacos, entre otros. “Las personas enfermas de enfermedad social también tienen derecho a salirse de ese destino de marginación y no tener como horizonte cercano un hospital, un refugio o la cárcel” (Bazzano, 2009, p. 64).

Dentro de una institución psiquiátrica, se logra controlar al sujeto hasta el punto de predecir su accionar. Foucault (1989) menciona la existencia de sociedades de control, quiénes buscan obtener control sobre el cuerpo que debe ser disciplinado y, para lograrlo, se lo encierra, se lo excluye. Entonces, si dentro del hospital se logra controlar al “loco”, la sociedad queda conforme y nadie corre “peligro”. ¿Qué le pasa a la sociedad que demanda una solución frente a sujetos psicóticos? Se reconoce que el sujeto llega a esa posición subjetiva que compromete su integridad, ya que visualiza algo de la realidad que resulta intolerable. Como consecuente el sujeto crea su propio mundo para poder incluir de alguna forma esa realidad que le es insoportable. Frente a ello, pensar que la sociedad desmiente la realidad es una respuesta posible, se desliga del “loco” demandando que se haga algo con él, que se lo encierre y controle.

Al seguir siendo el estigma una problemática actual que nos involucra a todos, sería pertinente cuestionarse qué imagen existe de la enfermedad y a dónde la sociedad conlleva al enfermo (asilo, manicomio, encierro). Se debe reconocer que no se trata únicamente de determinar patologías mentales, como “esquizofrenia”, sino, lo importante y significativo es

entender y atender que se trata de sujetos de derechos, portadores de un sufrimiento psíquico.

Continuando con el lineamiento, es importante reconocer que existen avances a nivel de las instituciones psiquiátricas y en lo que respecta a la farmacología, pero no se puede pasar por alto que reducir el tratamiento únicamente a estas formas de intervención, deja por fuera al sujeto, ciudadano de derechos, con una historia de vida peculiar, portador de un sufrimiento que no ha podido procesar.

Con el transcurso del tiempo, se producen avances a nivel cultural, social, en cuanto a las disciplinas y su desarrollo que permiten el surgimiento de un nuevo abordaje del sujeto psicótico. Uno de los cambios a resaltar, es la relación médico-paciente: si bien ha mejorado, es constatable que los tiempos de las instituciones son acotados, por lo que un paciente ingresa a consulta se lo atiende de forma rápida y vuelve a su casa. Debido a un cambio en la concepción de la enfermedad mental que implica un abordaje biopsicosocial que incluye la visualización de un sujeto integral, surgen dispositivos de intervención –como el A.T- que entablan un vínculo distinto con el paciente, dándole un lugar, utilizando la escucha como herramienta y promoviendo la emergencia de la palabra, es decir, descubriendo junto al otro el/los sentido/s de su sufrimiento. A su vez surgen cambios en las leyes que involucran a estas personas. Con la ley 18.651 de PROTECCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, quedan establecidos los derechos de las personas: se piensa en un mejor desarrollo y autonomía del sujeto, su reinserción en la sociedad, la rehabilitación: búsqueda de una mejora en la calidad de vida del paciente su familia y la comunidad.

Trabajar desde la singularidad y subjetividad del sujeto, implica pensar en lo que está en juego en cada sujeto, qué lo conduce al desarrollo de los síntomas; porque -al decir de Robles- un mismo diagnóstico no implica las mismas necesidades. No se trata de encasillar al paciente en una etiqueta, ni de controlar para poder predecir; se requiere tomar consciencia de que no todo el tiempo se puede controlar, que la vida de cada persona se caracteriza por la presencia de crisis: la incertidumbre siempre está y es el motor para seguir indagando, buscando formas de intervención, teniendo en cuenta las necesidades de los sujetos y de la sociedad.

Al ser el Acompañamiento Terapéutico una disciplina insipiente en nuestro país, se considera fundamental poder seguir trabajando y pensando en la posibilidad de que se incorpore este tipo de práctica y se le dé relevancia. Entonces, se trata de que el dispositivo de A.T aumente sus posibilidades de implementación para poder entrar en una red de trabajo interdisciplinario, sin perder su autenticidad, manteniendo sus propias leyes y sin

resultar una red asistencialista. Se procura entonces el desarrollo de un dispositivo clínico que aporte -al decir de Ledesma- además de contención al paciente, la posibilidad de construcción o continuidad de un tratamiento. Acompañamiento como dispositivo que construye un espacio, otorgándoles un lugar a estas personas sufrientes del cual carecen.

Resulta sumamente interesante reflexionar a cerca de la formación en Uruguay en Acompañamiento Terapéutico. Queda establecido que Acompañante Terapéutico puede ser cualquier persona sin importar su orientación universitaria. En algunos centros de Uruguay, se brinda el curso de A.T siendo requisito contar con bachillerato completo. Durante el recorrido efectuado, se ha podido visualizar la importancia de que este tipo de intervención ha de ser abordada desde la psicología sea cualesquiera la corriente a desarrollar; podríamos pensar en el Acompañamiento como Psicoterapéutico al relacionarlo con la psicología. Como se plasmó anteriormente, el término “Psico” remite al cuidado del alma, por lo que el sujeto perteneciente a las ramas psicológicas, podrá hacer énfasis en el cuidado de la psiquis, al contar con una formación particular que permite realizar un abordaje distinto del sujeto psicótico. Ser estudiante de psicología, permite contar con herramientas que influirán en el tipo de intervención a desarrollar, donde se pone en juego la búsqueda de sentido y la comprensión de lo que le sucede al sujeto consigo mismo. Si bien en este trabajo queda plasmada la importancia de rescatar y trabajar desde la singularidad y subjetividad del sujeto, resulta importante conocer sobre las patologías y sus características. La existencia de Acompañantes Psicoterapéuticos que trabajen desde la psicología, conlleva a pensar en la posibilidad de contar en Facultad de Psicología (UDELAR) con la formación necesaria de Acompañamiento. Si bien, los estudiantes avanzados pueden optar por prácticas que se relacionan con la temática, si se cuenta con una formación particular dentro de la Licenciatura en Psicología, los estudiantes estarían habilitados para trabajar en esta práctica clínica.

Como futura profesional de la salud, considero que si bien existen avances en este campo de problemáticas, aún queda mucho por hacer; debemos seguir trabajando en estos temas que por supuesto nos involucra a todos.

F. Referencias Bibliográficas

- Anderson. C, Reiss D y Hogarty. G (1986) *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu
- Aponte. G. R (2008) *Familia y Psicosis: Algunas consideraciones desde la clínica psicoanalítica*. En: Jornadas Académicas de la clínica Montserrat (pp. 53-60)
Recuperado de: <http://www.clinicamontserrat.com.co/documents/Psimonart/volumen1-2/PSIMONART%20%20Cap05.pdf>
- Baranger. M (30 de noviembre de 1960) *El significado de la obra de Melanie Klein en el pensamiento psicoanalítico*. Revista uruguaya de Psicoanálisis, 4(3). Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040301.pdf>
- Bazzano. P. M°. G (2009) *Acompañamiento terapéutico y rehabilitación*. Montevideo: Psicolibros Universitario
- López Ibor, J.J y Valdez Miyar, M, (Eds.) (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson
- Ey. H, Bernard. P. y Brisset. C. (1978) *Tratado de psiquiatría (8ª ed.)*. Barcelona: Masson
- Figuroa. C. L, Flores. M. N y Hernández. R. María (2014) *Implementación de un dispositivo psicoanalítico para la intervención en una institución psiquiátrica*. *Trivium*, 6(2), 33-48.
Recuperado de: <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-vi/artigos-tematicos/artigo-tematico-4.pdf>
- Florit. R. A (2006) *La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica*. *Apuntes de psicología*, 24, 223-244
- Freud, S (1923-1924) *Neurosis y Psicosis* (Vol. 19, pp. 151-176) Buenos Aires: Amorrortu
- Freud. S (1924) *La pérdida de realidad en la neurosis y psicosis* (Vol. 19) Buenos Aires: Amorrortu
- Freud. S (2015) *El malestar en la cultura*. Psicolibro. (Trabajo original 1930-1929)
Recuperado de: <http://espanol.free-ebooks.net/ebook/El-malestar-en-la-cultura/pdf/view>

Foucault. M (1989) *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI

Gallego. J & Arévalo. C (Coords) (2007) *III Jornadas de Psicopatología: LAS PATOLOGÍAS EN EL SIGLO XXI*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Psicología

García. B. J (1983) *Psicoterapia de la Psicosis*. Conferencia dictada en AUDEPP el 14 de mayo.

García. B. J (1986) Identificación y sus vicisitudes en la psicosis: La importancia del concepto de "objeto enloquecedor". *Revista de Psicoanálisis*, n°34 pp. 217-227.

Klein. M (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" *En: Obras Completas*. (pp. 1-25) *Recuperado de:*
<http://75.82.149.74:10003/bibliofilo/Klein,%20Melanie%20%281882-1960%29/Klein,%20Melanie%20-%20Notas%20sobre%20algunos%20mecanismos%20esquizoides.PDF>

Lacan. J (1960-1961) *Libro VIII: La transferencia*. (Trad. E. Berenguer) Buenos Aires: Paidós (Texto establecido por Jacques-Alain Miller)

Ledesma. L. C (2012) *Senderos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. (Tesis doctoral) Universidad Complutense, Madrid.

Uruguay. Poder Legislativo (2012). *Ley N° 18.651: Protección Integral de personas con discapacidad*. *Recuperado de:*
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor>

López. C de C (2009) El objeto-el otro, pensados a partir de ideas de D. Winnicott. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, pp. 34-49. *Recuperado de:*
<http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200910802.pdf>

Maleval. J. C (2009) *La forclusión del Nombre del Padre: El concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós

Nivoloni. J. M (2008) El Acompañamiento Terapéutico y la Psicosis. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1(5)

Real Academia Española (2010) *Diccionario de la lengua española*. (22ª. ed.). *Recuperado de:* <http://www.rae.es/>

- Riviere. P. E (1985) *Teoría del vínculo: vínculo salud y enfermedad*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Romero. J (2005) Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 275-292
- Rossi. G (s.f) *El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental*. Universidad de Buenos Aires. Área de psicoanálisis. Recuperado de: <http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientoterapeuticoylosdispositivosalternativosdeatencionalasaludmental.pdf>
- Singer. F (2000) Psicopatología fundamental: de una cierta transmisión. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 3(4), 112-121
- Singer. F (2011) *Un saber de los bordes*. Universidad De Portales. Recuperado de: <http://www.objetoscaidos.cl/wp-content/uploads/2011/12/Singer2.pdf>
- Singer. F (2002) *La teoría y su objeto: Psicoanálisis y psicopatología fundamental*. En: E. Freire de Queiroz y A. R Rodríguez da Silva (Orgs), *Pesquisa em Psicopatología Fundamental*. Sao Paulo: Escuta
- Terríquez. M. M (2013) El acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica: Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4)
- Tizón. J. L (2007) *Psicoanálisis: proceso de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder
- Winnicott. W. D (1979) *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. Recuperado de: <http://imago.yolasite.com/resources/WINNICOTT,%20Realidad%20y%20juego.pdf>