

Universidad de la República

Facultad de Psicología

***Acompañamiento terapéutico:
rehabilitación psico-social en
pacientes con esquizofrenia***

Autor: Franco Mauro Crosara

C.I. 4.399.607-6

Tutora: Prof. Adj. María Mercedes Couso

Montevideo, Octubre 2015

Índice

Resumen	3
Introducción.....	4
Revisión histórica.....	5
Esquizofrenia	
Una aproximación al mundo esquizofrénico.....	10
La familia del paciente esquizofrénico.....	16
Rehabilitación psicosocial.....	19
Acompañamiento Terapéutico	
Aproximación al rol.....	24
La escucha y el lugar del acompañante	30
Reflexiones Finales	39
Anexos.....	42
Referencias.....	49

Resumen

La presente monografía trata sobre el dispositivo del acompañamiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia, como uno de los recursos del proceso de rehabilitación psicosocial de los mismos. El trabajo se enmarca en la Licenciatura en Psicología, correspondiente a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Un breve recorrido histórico, sobre la concepción de la enfermedad mental y el lugar del “loco”, tendrá como finalidad plantear los movimientos revolucionarios que comenzaron a trazar el camino para un abordaje más humano y empático hacia el paciente esquizofrénico. Se tomará la concepción de esquizofrenia, presentando sus características e idiosincrasia, adoptando a su vez, una posición crítica frente a las causas de su génesis. Luego se dará cuenta de la concepción de rehabilitación psico-social y el camino que al día de hoy se entiende eficiente para lograr un abordaje integral del paciente, focalizando en el acompañamiento terapéutico.

Con el dispositivo del acompañamiento terapéutico como norte, se buscará generar una modesta contribución al complejo campo de la rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico.

Palabras clave

Esquizofrenia – Rehabilitación psicosocial – Acompañamiento terapéutico

Introducción

El presente trabajo aborda el dispositivo del acompañamiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia. Se buscará una reflexión sobre los beneficios terapéuticos que el mismo puede generar, tanto en el paciente como en su familia y entorno cercano, evitando a su vez, centralizar la atención en el individuo enfermo. El objetivo del dispositivo es el de acompañar al paciente en su camino, presentándose el acompañante como una figura auxiliadora. A su vez, auspiciará de yo auxiliar al paciente, generando un lugar en el cual se sienta contenido y escuchado, tratando como afirma Rossi (2007), servir como intermediario entre la fragilidad del paciente y la hostilidad del ambiente.

¿El paciente es solo uno?, ¿A qué lugar se lo pretende re-insertar?, ¿Qué características o aptitudes son las que se pretenden rehabilitar? ¿Puede existir una sociedad sin los denominados locos? Son algunas de las interrogantes que desfilan a lo largo del presente trabajo, auspiciando como motor del mismo.

Se comenzará reflexionando sobre la condición histórica del concepto de enfermedad, como un constructo que devino tal y no como una entidad que data desde siempre. La concepción de salud-enfermedad, normal-anormal, sano-enfermo, son dualidades en continua reformulación en función del momento socio-histórico de cada época, condicionadas por la cultura de cada región. Dualidades las cuales se pretenden superar, entendiendo la imposibilidad de separarlas, abordándolas como estados inherentes uno de otro, existiendo al unísono en una misma persona, familia y comunidad.

Siendo que todo individuo tiene componentes “sanos” y “enfermos”, es esperable que como mecanismo de defensa, la sociedad condense en un individuo los aspectos enfermos que le pertenecen, sobre el cual pueda a su vez ejercer un control y tratamiento. Evitando de esa forma tomar contacto con sus propias partes enfermas. Se trabajará así sobre el lugar que ocupa la persona con una enfermedad mental en la sociedad.

Tomando como referencia diversidad de autores, desde Cooper con su enfoque anti-psiquiátrico, García Badaracco y Gonzales Regadas con su visión sobre lo psicótico circulante, pasando por el enfoque del acompañamiento terapéutico de Rossi y Bazzano, la mirada revolucionaria de Basaglia y el enfoque psicoanalítico de Ey, este trabajo buscará bosquejar la importancia del dispositivo del

acompañamiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia. Se tratará a su vez, la implicancia de la familia en la génesis y evolución de la enfermedad, y la concepción de rehabilitación psicosocial en la cual el dispositivo se encuentra inserto. Teniendo en cuenta también, que el acompañante deberá accionar de forma articulada con el resto de los profesionales involucrados en el proceso de rehabilitación, buscando tender redes que sirvan de soporte para el sujeto.

La elección de la temática, surgió a partir de la oportunidad de auspiciar de acompañante a un paciente diagnosticado con esquizofrenia en su egreso del Hospital Vilardebó. La disparidad y magnitud de sentimientos que el proceso despertó, la diversidad de situaciones por las cuales se pasó y el alentador resultado, sirvieron para despertar el deseo de realizar un trabajo que ayude a pensar el dispositivo del acompañamiento terapéutico con estos pacientes.

Revisión histórica

*(...) hemos eliminado por lo menos
parcialmente la distancia entre él
("el lunático) y nosotros ("el personal")
(Cooper, 1967, p. 113)*

Así como la crisis en un paciente puede ser la oportunidad para lograr una mejor re organización, la humanidad luego del fin de la segunda guerra mundial logró re organizarse en varios aspectos, siendo el ámbito de la psiquiatría uno de ellos. Amarante (2009) sostiene que luego de la guerra se evidenció la carencia de los asilos, los cuales no distaban mucho de los famosos campos de concentración. A su vez, Evaristo (2000) indica que a raíz del enorme ingreso de personas a los hospitales psiquiátricos luego de la guerra, fue que se comenzó a cuestionar su función terapéutica. Se inicia así a fines del 1940 una reforma psiquiátrica, en la cual se empezó a contemplar la dimensión social, cultural y subjetiva de la enfermedad mental, teniendo en cuenta los derechos humanos de los pacientes. La reforma apostó a eliminar el modelo asilar, para construir en cambio pequeños centros en los cuales atender a los pacientes fuera del hospital psiquiátrico, buscando el contacto con la comunidad.

David Cooper y la Villa 21

El término anti-psiquiatría fue acuñado por el psiquiatra sudafricano David Cooper en 1967, entendiendo a los hospitales psiquiátricos de aquel entonces como lugares de confinamiento apartados de la función rehabilitadora, afirmando que “en el pabellón psiquiátrico convencional proliferaban la alienación, el extrañamiento y la violencia sutil” (Cooper, 1967, p. 94). Consecuente con su ideología, en 1962 creó una pequeña unidad dentro de un hospital psiquiátrico cercano a Londres, a la cual llamó Villa 21. En primera instancia, buscó evitar las complejas situaciones que se ocasionaban debido a la dinámica del pabellón de internación general, en el cual convivían pacientes que cursaban su primer episodio psicótico, con aquellos que traían consigo un largo historial de internaciones, lo cual se lograría con una unidad independiente. A la misma se trasladaron pacientes en su mayoría esquizofrénicos, todos de joven edad. Por sobretodo, se buscó que la nueva unidad funcionase de forma independiente al hospital, escapando de los nocivos efectos de la institución. Con ello se logró como sostiene Cooper (1967), un medio terapéutico óptimo, ya que los roles *paciente* – *personal* no se encontrarían tan marcados, dando lugar a una mayor flexibilidad en el relacionamiento. La unidad debía ser independiente de la institución en todas las dimensiones, razón por la cual se realizó la selección del personal con mucho cuidado, apostando por personas jóvenes, lo que reducía la probabilidad de que en ellos ya se encontrase interiorizada la dinámica institucional y la consecuente deformación de su rol.

La Villa 21 trabajó con un enfoque novedoso para la época, el cual generó críticas y dudas dentro del ámbito hospitalario, ya que se buscaba acortar la distancia entre pacientes y personal, apostando a un trato más humano. Esto se logró con actividades en conjunto como fueron: reuniones de grupo tanto programadas como espontáneas, en las cuales todos participaban y planteaban sus inquietudes, tomar el té, llamarse por el nombre de pila y hasta se sugirió emplear como enfermeros a ex pacientes. Como se tratará más adelante y como el mismo Cooper (1967) lo trae en sus reflexiones sobre la experiencia en Villa 21, esta aproximación al paciente psiquiátrico no se encuentra exenta de riesgo, y a su vez “(...) desafiaban su concepción de sí mismos como sanos en relación con los pacientes locos” (Cooper, 1967, p. 111). Quien se aventura a realizar tan loable acción, está expuesto a sufrir sus consecuencias; “Fuimos empujados a la más amenazante zona intermedia entre el personal y los pacientes, entre la salud y la locura” (Cooper, 1967, p. 115). Los roles poco marcado naturalmente, comenzaron

así a desvanecer, generando sensaciones que Cooper (1967) planteó en las siguientes interrogantes:

¿Pueden los pacientes *tratar* a otros pacientes, e incluso tratar al personal?
¿Puede el personal comprender y reconocer con absoluta franqueza en la comunidad del pabellón sus propias áreas de incapacidad y “enfermedad” y su necesidad de “tratamiento”? Si esto fuera así, ¿qué ocurriría a continuación y quiénes tendrían el control? (p. 104).

Esta experiencia, si bien duró solamente cuatro años, logró materializar una forma diferente de abordar al paciente psiquiátrico, más humana y cercana, demostrando las falencias del modelo asilar. Significó según Cooper (1967), un paso hacia adelante, lo cual significa un paso fuera del hospital psiquiátrico, hacia la comunidad. Dejó de esta forma, uno de los primeros antecedentes concretos sobre la posibilidad y la eficacia de un abordaje más humano hacia el paciente psiquiátrico.

Maud Mannoni y la Escuela Experimental

En 1969 la psicoanalista belga Maud Mannoni, fundó en las afueras de París la denominada Escuela Experimental. La misma ofrece hasta el día de hoy, a niños y jóvenes psicóticos y autistas, un abordaje que escapa al de los tradicionales hospitales psiquiátricos, brindando un contacto con el “afuera”, evitando el aislamiento y reclusión del paciente. Se puede pensar a la escuela experimental de Mannoni como una institución estallada, en el sentido de que no se condensa en un único y rígido lugar, sino que además de contar con varios centros, la esencia de los mismos tiende a desplegarse en el “mundo exterior”. Asimismo, no adhiere a actividades, horarios, ni roles extremadamente rígidos, permitiendo cierta flexibilidad, la cual es beneficiosa para el tratamiento de los pacientes, ya que los mismos al tener un mayor protagonismo en su proceso de rehabilitación, generan un espacio propio, haciendo uso de sus deseos y de su palabra. A su vez, al denominarse escuela, Mannoni apostó a permanecer al margen del campo de las instituciones mentales, evitando de esa forma que los niños y adolescentes carguen con la etiqueta del diagnóstico y el estigma social que la misma conlleva. Pretendió acortar la distancia entre personal y paciente, para lo cual apeló a que no se usaran uniformes, a sentarse pacientes y personal en una misma mesa tanto en los salones como en el comedor y a que todos realizaran las tareas de limpieza y mantenimiento. Como afirma Berthud (2009), quien llega a la escuela no tiene forma de saber quién es paciente y quien no, si no es mediante el uso de la

palabra. Se dio especial importancia a las reuniones diarias, como lugar para trabajar las dudas que surgían tanto por parte del personal como por parte de los pacientes, dándole a su vez un lugar para que estos últimos puedan manifestarse, participando de forma activa en su propio proceso.

Franco Basaglia y la ley 180

El psiquiatra italiano Franco Basaglia, encargado del hospital psiquiátrico de la localidad de Gorizia, entendiendo al modelo asilar como contraproducente para el tratamiento de los pacientes, impulsó en 1978 la ley 180. Decretándose el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos en dicho país, así como la suspensión de la administración de electroshocks y medidas de contención física.

Se llevó a cabo en aquel entonces una apertura de la institución, realizándose eventos culturales y políticos en los cuales participaban varias personas ajenas al ámbito hospitalario. A su vez, se estimuló a los internos a que participasen de eventos y actividades fuera del hospital. De esta forma se comenzó a acortar la distancia entre el manicomio y la comunidad. Basaglia (s.f) citado en Galende (1990) sostiene que una atención fuera de la institución asilar, enmarcada de forma más directa en el contexto social y de carácter voluntario, constituye un camino efectivo hacia la rehabilitación del paciente. Pero el movimiento no es sencillo, ya que el modelo asilar no se limita a los muros de la institución, sino que, como advierte Amarante (2009), también está compuesto por ideologías, creencias, prácticas y leyes que hacen a la segregación de la persona. Se evidencia así el potente y por momentos sutil alcance del asilo.

De esta manera, bajo la ley 180, se crearon varios centros de salud mental en los cuales se atendieron pacientes ambulatoriamente. Asimismo se comenzó a realizar asistencia domiciliaria, acciones que además de mostrar tener un efecto terapéutico ampliamente superior al modelo asilar, significó a nivel económico un gasto sustancialmente menor a este. Para aquellos pacientes que demandan una atención constante, se crearon hogares vigilados, en los cuales habitaban un cierto número de pacientes bajo la supervisión de diversos profesionales. Para todo esto, el cierre de los hospitales psiquiátricos era condición necesaria, ya que como sostiene Basaglia (s.f) citado en Galende (1990), toda reforma que permita alguna forma de asilo terminaría siendo absorbida por éste.

Se apostó a que el paciente tuviese un contacto permanente con el “afuera”, fomentando así la construcción de vínculos y el desarrollo de su personalidad. A su

vez, se buscó evitar la pérdida de la identidad que con tanta frecuencia ocurre en el modelo asilar, en el cual se deja de ser un individuo para convertirse en un objeto. Al respecto afirma Basaglia (1964) citado en Dell'Acqua (s.f):

Desde el momento de cruzar el muro del internamiento, el paciente entra en una nueva dimensión de vacío emocional (resultado de la enfermedad que Burton llama neurosis institucional, y que yo llamaría simplemente institucionalización); es introducido en un espacio que, originalmente creado para volverlo inofensivo y al mismo tiempo asistirlo, en la práctica aparece como un lugar paradójicamente construido para aniquilar completamente su personalidad, como un lugar que lo vuelve un objeto (p. 4).

Siendo esta la primera ley en el mundo al respecto, formalizó una nueva forma de pensar y abordar a los pacientes con trastornos mentales graves, que comenzaba a tomar cada vez más fuerza, en detrimento de la lógica asilar y represiva de las instituciones hospitalarias de aquel entonces.

Esta reseña sobre algunos de los movimientos y personajes que dieron lugar a una innovación en el ámbito del tratamiento del paciente psiquiátrico, tuvo como objeto dar cuenta de las raíces de un trato más humano, empático y cercano. Raíces del reconocimiento del enfermo mental como un sujeto de deseos y derechos, y no un mero objeto en el cual aplicar las lógicas represivas que dominaron ampliamente los hospitales psiquiátricos décadas atrás y que aún hoy se siguen reproduciendo, aunque en menor medida o al menos, de forma más sutil. Se pueden considerar estos primeros movimientos, como la base sobre la cual se desarrollaron posteriormente nuevas formas de rehabilitación del enfermo mental, entre las cuales se puede ubicar la que atañe al presente trabajo, el acompañamiento terapéutico. Como menciona Barreto (2006) citado en Nivolini (2008), el acompañamiento terapéutico surge a raíz del poco éxito que presentaron los abordajes terapéuticos de la clínica convencional con determinados pacientes, heredero a su vez del movimiento anti-psiquiátrico inglés, de la psiquiatría democrática italiana y de la psicoterapia institucional francesa.

Esquizofrenia

Una aproximación al mundo (esquizofrénico)

*Cada paciente es un sujeto que
ninguna categoría diagnóstica
Puede aprehender en su totalidad.*

(Evaristo, 2007, p.141)

Para comenzar a pensar la esquizofrenia, así como cualquier enfermedad, es prudente no perder de vista que cada sociedad construye los estándares de salud y enfermedad, punto el cual se olvida con facilidad: “Se parte en estos casos de un error típicamente positivista: se cree que las enfermedades, como las cosas de este mundo, están allí desde siempre, sólo falta el *progreso del conocimiento* para lograr su comprensión definitiva” (Galende, 1990, p. 96) y agrega “(...) no hay una representación de la enfermedad mental, tanto en quien la padece como en quien construye saberes y prácticas sobre ella, que no esté sustentada en un orden de lenguaje y significación” (Galende, 1990, p. 81). Entonces se parte de la base que la enfermedad mental es un constructo socio-histórico y no un hecho natural, aislado y objetivo. Esgrimiendo la misma concepción, Bastide (1988) citado en Apud, Borges y Techera (2009), afirma que el “loco” deviene tal en función de una determinada sociedad, que marca los límites siempre fluctuantes de la razón y la sinrazón. Por su parte Cooper (1967), llevando al extremo el entendimiento de la sociedad como productora de la locura y del loco, afirma que la esquizofrenia es:

(...) una situación de crisis micro social en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y micro culturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como "enfermo mental", y su identidad de "paciente esquizofrénico" es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasi médicos (p. 14).

Afirma Galende (1990), que si la normalidad de un sujeto se establece en función de una cultura, el desviado siempre va a ser el sujeto y nunca la cultura en

la cual está inserto. Por lo tanto, lo que para una cultura puede ser considerado como anormal, para otra sin embargo puede estar en el rango de lo normal y esperado. A partir de ese cuestionamiento se plantea que la esquizofrenia deviene tal, en parte a raíz de una sociedad que la impulsa y valida en función de la construcción de ciertas normas. Al respecto Cooper (1967), defendiendo un enfoque ambientalista sobre la etiología de las enfermedades mentales, sostiene que la locura nunca se encuentra en una persona, sino en el sistema de relaciones en el cual se maneja el denominado loco, por lo tanto no existirían esquizofrénicos individuales. En la misma sintonía, es que García (1983) trabaja sobre el concepto de lo psicótico circulante, que ocasionalmente cristaliza en una persona pero que pertenece a un grupo. También refiere al paciente como el “designado paciente”, que si bien es designado por otros, su estado no difiere mucho del de estos, por lo cual también es importante darles un lugar en el tratamiento. En la actualidad, si bien se puede entender como extremista la posición de Cooper, resulta interesante tomarla idea de la influencia de la sociedad en la génesis y desarrollo de la esquizofrenia, pero sin dejar de tener en cuenta que el individuo trae consigo ciertos aspectos que contribuyen a la enfermedad.

El concepto de esquizofrenia sufrió varias transformaciones a lo largo del tiempo. El psiquiatra alemán Ewald Hecker, en 1871 usó el término hebefrenia, aludiendo al deterioro mental aparentemente característico de estos pacientes. En 1874 el también psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, observando principalmente los trastornos motores, utilizó el término catatonía. Emil Kraepelin en el s.XIX, ostentando una posición meramente descriptiva, adoptó el término de demencia precoz, aludiendo al deterioro cognitivo y a la temprana edad en la que se desarrollaba en el sujeto, siendo para él de origen biológico e incurable. A su vez, observó que los pacientes presentaban apatía, indiferencia y desorganización del pensamiento, así como ideas delirantes, alucinaciones y trastornos psicomotores. Finalmente en 1911, el psiquiatra suizo Eugene Bleuler, acuñó el término esquizofrenia, del griego *schizo* “escindir” y *phrenos* “espíritu”. Al respecto tanto Laplanche y Pontalis (1981) como Ey (1978), coinciden que para Bleuler la esencia de la enfermedad era la demencia y la disociación o la escisión del yo, lo cual lleva a la persona a crear y sumirse en su mundo propio. La escisión del yo es un término utilizado por Freud, refiriendo a “dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior (...) una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega la realidad en juego y la substituye por una producción del deseo” (Laplanche y Pontalis, 1981, p. 125). Freud (1938) citado en Laplanche y Pontalis (1981) sostiene

que en toda psicosis, sin importar que tan profunda sea, una parte del psiquismo siempre queda ligada a la realidad, mientras que otra separa al yo de la misma. Sarason (1981) plantea que Bleuler, al igual que Kraepelin, sostenía que la enfermedad tendía al deterioro, pero a diferencia de este, encontró explicación a las conductas en función de defectos en la asociación y desintegración del yo. El carácter dinámico de la comprensión de Bleuler sobre la esquizofrenia, significó el punto de partida para el tratamiento de la misma, ya que a diferencia de Kraepelin, no la entendía como un estado constitucional de la persona.

El psicoanálisis comprende a la esquizofrenia dentro del marco de la psicosis, entendiendo a su vez a esta última como sostiene Laplanche y Pontalis (1981) como:

(...) una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal (p. 321).

Freud (1924) sostiene que a grandes rasgos, la psicosis se puede entender como el conflicto entre el yo y el mundo exterior. A su vez, afirma que su origen se debe a la frustración de un deseo de la infancia no cumplido. Precisa que lo patológico surge o no, en función del camino que tome el yo frente a esta tensión. Por un lado puede continuar ligado al mundo exterior, no dejándose dominar por el ello, o bien el yo puede resultar dominado por el ello, desprendiéndose de la realidad exterior. En cuanto a la esquizofrenia, plantea que suele llevar al sujeto a la apatía afectiva, perdiendo por tanto el vínculo con el mundo exterior. Al respecto de los delirios que la enfermedad suscita en el sujeto, afirma que “el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originalmente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (Freud, 1924, p. 157).

Acerca de las bases que fomentan el desarrollo de la psicosis, García (1986) toma en cuenta los siguientes aspectos: rasgos patológicos en las figuras paternas, dificultades de los padres en empatizar con el niño en el proceso de su crecimiento, así como en permitir el proceso de ruptura de la unidad niño-madre y el desarrollo de la autonomía, dinámicas familiares patógenas y hechos traumáticos en la vida del niño. Como se puede notar, la gran mayoría de los elementos que el autor considera propician el desarrollo psicótico, están en relación con la familia y las figuras parentales, debido a que “El sujeto se descubre identificando primero al otro

y luego identificándose él mismo” (García, 1986, p. 495), entonces es de esperar que el niño que crece en un ambiente psicótico, desarrolle rasgos psicóticos. Es a raíz de este proceso que García (1986) introduce el término de *objetos enloquecedores*, refiriéndose a aquellas figuras parentales que frustraron las demandas infantiles. En adhesión a lo antedicho, como afirma Julien (s.f) hablando sobre el estadio del espejo de Lacan, la imagen del otro en el niño tiene el poder de formar su yo, tiene capacidad de morfogénesis. Sostiene que el niño no se exterioriza, que el movimiento no es de adentro hacia fuera, sino que el niño se constituye en función del movimiento inverso, de afuera hacia dentro.

Según Ey (1978) la esquizofrenia es una psicosis crónica que suele presentarse a fines de la adolescencia y comienzos de la adultez, la cual altera profunda y progresivamente la personalidad del sujeto, llevándolo muchas veces a construir y sumirse en un mundo imaginario. Asimismo, sostiene que lo esencial de la enfermedad no es la capacidad para delirar, sino la imposibilidad de salir de ese lugar, quedando el sujeto desconectado del mundo exterior. Desconexión la cual, es además impulsada por los trastornos que presenta a nivel del lenguaje, ya que el esquizofrénico suele desvirtuar la finalidad del mismo, transformándolo en un simbolismo personal más que en un medio de comunicación. A su vez, la alteración en la fonética, la elaboración de neologismos y el mutismo o semi mutismo, complejizan aún más la posibilidad de entablar el dialogo con un otro. Siguiendo la misma línea del distanciamiento del paciente respecto a su entorno, Gejman y Sander (2012) afirman que si bien un cierto número de pacientes logran mantener un trabajo y vínculos sociales relativamente estables, la esquizofrenia se asocia a la disfunción familiar y social, de carácter global y profundo. En cuanto a su pronóstico, Ey (1978) y Sarason (1981) coinciden en que un adecuado ajuste al estado pre mórbido, junto con un desarrollo lento y una temprana edad, dan pautas de un mal pronóstico, mientras que una aparición súbita y posteriormente experimentada como extraña, hace a un pronóstico más favorable.

Como sostiene Ey (1978), a pesar de la inexistencia de una rigurosa definición de psicosis esquizofrénica, se logra llegar a un cierto acuerdo en cuanto a determinados factores que deben presentarse para su diagnóstico. Encontró que la esquizofrenia presenta:

(...) un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideo verbal, 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- (p. 474).

De un modo similar, Laplanche y Pontalis (1981) sostienen que en la esquizofrenia, a pesar de ser descrita de diferentes formas, existen ciertos rasgos en común a la mayoría de las concepciones, y estas son:

Incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas *discordancia*, *disociación*, *disgregación*), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actividad delirante más o menos acentuada, siempre mal sistematizada; por último, el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un *deterioro* intelectual y afectivo (...) (p. 128).

Es interesante apreciar la dimensión del estigma social que Florit-Robles (2006) trae de la esquizofrenia, la cual siendo sutil, es igual o aún más perversa que los síntomas clásicos. Como se verá más adelante en el trabajo, sostiene que "(...) el mejor modo de *enseñar* a la sociedad a eliminar los mitos es conociendo de primera mano, poniendo cara y nombre, a las propias personas con enfermedad mental" (Florit-Robles, 2006, p. 226).

Con respecto a la mortalidad de los pacientes esquizofrénicos, Gejman y Sander (2012) la catalogan como elevada, situando al suicidio como una de las principales causas en una fase temprana de la enfermedad y posteriormente debido a problemas cardiovasculares, inducidos por el fuerte tabaquismo y sedentarismo que suelen caracterizar a estos pacientes. Al respecto del suicidio, el DSM IV TR (2002), estima que el 10% de los pacientes esquizofrénicos se auto eliminan y entre el 20 y el 40% cometen al menos un intento.

En cuanto al tratamiento, se suele recurrir a la terapia electroconvulsiva, a los psicofármacos (principalmente los neurolépticos) y a la rehabilitación psico-social. Apud, et ál. (2009) sostienen que si bien ya en 1952 se comenzó a utilizar la clorpromazina en pacientes psiquiátricos, no es sino hasta 1956, de la mano del psicólogo estadounidense Murray Sidman, que nació la psicofarmacología a raíz de la articulación de la farmacología y las ciencias de la conducta. Junto con la clorpromazina (de efecto más sedativo) se añadió el haloperidol (más potente en su

efecto antipsicótico) como los fármacos más corrientes para el tratamiento de la esquizofrenia, considerados como antipsicóticos típicos o de primera generación. Los mismos demostraron buenos resultados sobre los síntomas positivos de la enfermedad, pero sin incidencia sobre los negativos. En cuanto a sus efectos secundarios, Jorge (2005) resalta el efecto sobre el sistema extrapiramidal, el cual forma parte del sistema motor, generando parkinsonismo, acinesia y distonía, entre otros. Luego surgieron los psicofármacos de segunda generación o atípicos, los cuales logran incidir tanto en los síntomas positivos como en los negativos, disminuyendo a su vez la incidencia en el sistema extrapiramidal. Tanto la terapia electroconvulsiva como los psicofármacos, suelen tener un marcado efecto en la fase aguda de la enfermedad, pero no sobre sus causas. Es por ello indispensable complementarlas con actividades tendientes a desarrollar aspectos más profundos del individuo, una vez este sortee la fase aguda. Como afirma Evaristo (2000), los psicofármacos son inadecuados por sí solos para hacer frente a la complejidad de una persona con una afección mental, debiendo ser tan solo una parte más de un plan de acción articulado. Plan el cual no tenga como eje la enfermedad, sino las capacidades de la persona y la realidad de su contexto, ya que “el diagnóstico es finalmente un juicio de valor, reconociendo la incomprensibilidad de muchos procesos patológicos” (Galende, 1990, p 142).

Si bien no existe una teoría sólida sobre la etiología de la esquizofrenia, ni sobre el modo de abordar a los pacientes esquizofrénicos, lo central consiste en no situar la patología delante del sujeto. Como sostienen Pulice (2011) y el entrevistado D. (extraído del Anexo 2), la categoría de la enfermedad no puede tener como resultado el aplastamiento de la singularidad de la persona.

La Familia del Paciente Esquizofrénico

“(...) la esquizofrenia es un desarreglo
del pensamiento, consecuente con una familia
desordenada y con malas relaciones sociales.

Jackson (1960), citado en Sarason (1981)

La familia del paciente esquizofrénico juega un rol fundamental en el desarrollo de su enfermedad. Ellos tienen la posibilidad de realizar un aporte significativo en el proceso de rehabilitación, así como una gran responsabilidad en la génesis y evolución del enfermo. Sin dejar de atender la importancia de los rasgos propios del sujeto, el estudio de la familia ofrece una aproximación a las circunstancias que pueden haber llevado al paciente a enfermar.

Al momento de pensar y trabajar con el paciente esquizofrénico es importante incluir también a su familia. Como se verá, en varias oportunidades son los vínculos enfermizos de esta los que condensan en el individuo, el cual a raíz de ello cargará con el rotulo de enfermo mental. Al respecto, es interesante detenerse en una concepción de lo psicótico como “un *haz de fuerzas circulante* que ocasionalmente cristaliza en una persona, en un grupo o en el marco institucional” (Regadas, 1992, p. 4). En consonancia con ello, yendo al ámbito familiar, se puede considerar que el episodio agudo surge a raíz de la cristalización del *haz de fuerzas* en un miembro de la familia. Un intento desesperado de este por escapar de una dinámica enfermiza, aunque dicho intento no sea aceptado socialmente, “(...) en las familias *psicóticas* el paciente esquizofrénico identificado por su episodio psicótico está tratando de liberarse de un sistema alienado, y es por lo tanto en cierto sentido menos *enfermo* (...)” (Cooper, 1967, p. 52.) y Cooper (1967) continúa:

Nos negamos a aislar como *enfermo* al miembro hospitalizado de la familia, y tratamos en muchos casos de delinear su rol, tanto concreta como teóricamente, como un rol de víctima, como el de quien sacrifica su existencia autónoma personal a fin de que los otros miembros de su mundo familiar puedan vivir relativamente sin culpa (p. 113).

Son varias las razones por las cuales debemos trabajar tanto con el paciente como con su familia. En primer término, como se sostuvo, el paciente puede ser la voz que anuncia a una familia enferma. Por otra parte, como sostiene Pankow

(1979) y Rossi (2007), es común que haya estados de simbiosis entre el paciente y uno o varios miembros de la familia. Siendo así, el no incluirlos en el trabajo del acompañamiento podría generar que obstaculicen el proceso en algún punto, además de estar ignorando lo que podría ser el eje central de la enfermedad. Pankow (1979) afirma que trabajar sobre dicha simbiosis, buscando su disolución, es un trabajo de riesgo, ya que: “El drama en la familia de un esquizofrénico consiste en que los padres -y especialmente la madre- necesitan el cuerpo del hijo para sentirse seguros dentro de su propia piel” (Pankow, 1979, p. 48). Pero el no intervenir sobre la dinámica familiar, buscando aquellos cambios que en conjunto se entiendan puedan ser beneficiosos para el proceso terapéutico, puede significar la cronificación del paciente, ya que “(...) esta misma familia puede dar origen, refuerzo o perpetuación a diversas características patológicas. Es en estos casos en los que se hace necesario una modificación de la estructura relacional del paciente (...)” (Dorfman, 1984, p.22). En adhesión a ello y en su misma línea, Pulice (2011) sostiene que en varias ocasiones se ha podido observar que:

(...) la enfermedad de determinado miembro de una familia es a su vez un producto sintomático de esa misma estructura familiar, observándose con asombro cómo es resistido, desde el propio grupo, todo posible movimiento del sujeto tendiente a alejarse de ese lugar al que se encuentra fijado (p. 13).

Frente al integrante enfermo, sostiene Aponte (2008), la familia suele adoptar una organización en la cual diferencian el componente sano del enfermo. Pueden aislar simbólicamente y físicamente al enfermo, como si no estuviese inserto en un contexto familiar y a su vez, posicionan al resto de la familia del lado de la sanidad. Frente a esto, el autor sostiene la necesidad de pensar al paciente en estrecha relación al vínculo familiar, evitando una visión dicotómica, conceptualizando la enfermedad como un emergente relacional.

Por su parte Cooper (1967), sostiene que las dinámicas familiares del futuro paciente esquizofrénico son extremas, manejando problemas banales en torno a las polaridades de vida o muerte, asimismo, las leyes en las que la familia se sustenta son tan confusas como rígidas. En este contexto, en el cual todos los miembros se encuentran bajo gran presión, es el futuro paciente esquizofrénico quien denuncia el malestar de la situación. La rigidez que menciona Cooper es también atendida por Sarason (1981), quien sostiene que esa inflexibilidad se adueña del esquizofrénico, perjudicando en gran medida su capacidad para afrontar las

distintas situaciones de la vida diaria. Viene al caso una interesante cita de un paciente esquizofrénico, el cual hablando con un funcionario dijo: “ustedes son flexibles porque por dentro son duros, firmes, yo en cambio, tengo que ser rígido, no tengo otra, porque por dentro soy líquido” (Bazzano, 2009, p. 102). A raíz de esta sensación de ser líquido, se presenta imperiosa una de las funciones del acompañante terapéutico que se bosquejará más adelante, la de prestar su yo, servir de yo auxiliar al paciente para que pueda llevar a cabo actividades de la vida cotidiana sin “derramarse”.

Entonces el trabajo con la familia, como sostiene Florit-Robles (2006), logra reducir las recaídas en los pacientes y mejorar la competencia de la misma en el manejo de la enfermedad. Es así que se debe apostar a mirar más allá del paciente que llega al hospital, tratando de pensarlo como el portavoz de algo más grande que su individualidad. Pensar al esquizofrénico como aquel que denuncia, de una forma socialmente sancionada, el malestar de su familia en primer término y hasta de la sociedad toda. En definitiva, es menester abordar al paciente en estrecha relación con su contexto, ya que “Sin contexto todo fenómeno es leído y entendido de manera errónea, y la acción consiguiente es inadecuada o incongruente” (Evaristo, 2000, p. 114).

Otro factor a atender, al respecto de la familia del paciente esquizofrénico, es que la misma puede llegar a discontinuar el tratamiento cuando percibe que éste ha mejorado. Pankow (1979) sostiene que son varias las familias o los padres, que tienen la necesidad de depositar sus partes enfermas sobre un integrante de la familia, colocándolo del lado de la enfermedad, situándose a sí mismos automáticamente como sanos. Al ver una positiva evolución de dicho integrante, su integridad se vería amenazada, lo que puede llevar a que discontinúen el tratamiento. Por otra parte, Dozza (s.f) citado en Bustos y Frank (2011), sostiene el factor culpógeno de los progenitores frente a la enfermedad del hijo. El autor afirma que en ocasiones, cuando los padres perciben que las manifestaciones patológicas de su hijo no son tan pronunciadas en presencia del acompañante terapéutico, suele incrementarse dicha sensación de culpa. Interpretan que es el acompañante y no ellos mismos quienes lo están ayudando, pudiendo llevar a finalizar abruptamente el acompañamiento o bien dificultar su desarrollo.

Cabe destacar que la implicación de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente esquizofrénico tiene un peso muy grande, pudiendo marcar la diferencia entre la mejora o recaída del mismo. Es por eso que observar y trabajar sobre las

dinámicas familiares es tarea necesaria, aunque no suficiente para abordarlo de manera integral. Entonces se presenta necesario alzar la vista e ir un poco más allá, ya que “muchos o la mayoría de los llamados problemas familiares y personales están vinculados inextricablemente con la organización de la comunidad” (Sarason, 1981, p. 24). A su vez, como sostiene el entrevistado D, tampoco se deben atribuir todas las causas del origen de la enfermedad a factores ambientales, los cuales si bien tienen su incidencia, se ha llegado a la conclusión casi indiscutida, de que la etiología de la esquizofrenia es compartida con factores biológicos y hereditarios del sujeto.

Rehabilitación psico-social

*(...) la rehabilitación psicosocial debe
apoyarse como eje prioritario en aquellas habilidades
conservadas por los sujetos y potencialidades
que de modo natural ofrece su medio*

(Florit-Robles, 2006, p. 227)

El objetivo último de todo proceso de rehabilitación, como menciona Florit-Robles (2006), debe estar orientado a mejorar la calidad de vida del sujeto en su medio natural. Por lo tanto, la institución que se encargue de dicha tarea, no debe pretender brindar todo lo que el paciente necesite, sino que debe imperar la necesidad de transitar el proceso fuera de los muros. De allí la importancia de trabajar en y con la comunidad, siendo esta una forma de evitar la institucionalización del paciente, con las consecuencias que la misma trae aparejadas. Asimismo, el plan de rehabilitación debe ser individualizado, ajustándose a la realidad de cada persona sin perder de vista, como se vino trabajando, el entorno del mismo. Además es conveniente manejar desde el comienzo, de forma clara y realista, los objetivos a los cuales se pretenden llegar.

Una primera aproximación a lo que se entiende por rehabilitación, planteada por Castillo, Villar & Dogmanas (2011) es la de:

Un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención, primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. (...) implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente (p. 85).

Conforme pasó el tiempo, el enfoque en rehabilitación comenzó a desplazarse desde la orientación normativa hacia la pragmática. Como mencionan Apud, et ál (2009), en un comienzo se buscó entrenar al paciente para que pudiese volver al estado de normalidad concebido por la sociedad (normativo) y posteriormente el objetivo consistió en que el individuo pudiese recuperar o desarrollar autonomía en sus funciones (pragmático). Como se señaló anteriormente, el esquizofrénico se presenta con una escasa flexibilidad, lo cual le dificulta desarrollar dicha autonomía, por ende, la intervención debe apostar a trabajar, como sostiene Florit-Robles (2006), las habilidades del paciente para enfrentar las distintas situaciones de la cotidianidad.

Florit-Robles (2006) continúa reflexionando sobre las maneras en las que se ha tratado de rehabilitar a los pacientes con enfermedades mentales graves en el correr de los años. En la edad media, en función de criterios de normalidad y anormalidad expedidos arbitrariamente por la iglesia, se quemaba a los “locos”, creyendo que así se libraban de sus demonios. Luego existieron las casas de retiro donde primaban las terapias de ocupación, posteriormente los tratamientos de corte biológico y finalmente se introdujeron los psicofármacos. Como se estableció anteriormente, estos últimos por sí solos no lograron abordar satisfactoriamente al paciente esquizofrénico, razón por la cual al día de hoy priman los tratamientos combinados de psicofármacos con un abordaje psicosocial, obteniendo así una mayor eficacia en la prevención de recaídas y una mejor evolución de la persona. Al respecto sostienen Álvarez, Fernández & Silvestre (2013) que:

Plantear hoy día tratamientos excluyentes (fármacos o psicoterapia) en la esquizofrenia supone olvidar todo un saber acerca de esta forma de enfermar e imponer una limitación en las posibilidades de salud y bienestar de estos pacientes. En este sentido, los *tratamientos combinados* (psicofármacos, psicoterapia y técnicas de rehabilitación)

constituyen, hoy día, la indicación terapéutica específica en el abordaje terapéutico de la esquizofrenia (p. 290).

Como se mencionó anteriormente, al ser la esquizofrenia una enfermedad que además de afectar al individuo y su entorno, muchas veces es potenciada y/o parcialmente originada por este último, es de vital importancia no reducir la intervención de rehabilitación a la individualidad del paciente. Sino que es recomendable extenderla a su entorno, para lograr abordar la situación en su totalidad. Yendo a un nivel aún más amplio, y retomando la importancia de contemplar además del entorno inmediato del sujeto, a la sociedad toda, la intervención tiene como finalidad derribar mitos, sobre los cuales se alzan las paredes invisibles que aíslan al esquizofrénico fuera de los muros del hospital. Al respecto sostiene Sarason (1981), que el pensamiento y lenguaje extraño del esquizofrénico es a menudo incomprensible para la mayoría de las personas, quienes por naturaleza tienden a evitar lo que no comprenden. Por lo tanto, la idiosincrasia de la enfermedad empuja al enfermo hacia el aislamiento, por romper con las normas de conducta esperadas socialmente. Es por ello también que se ha apostado, desde hace varios años, a pequeños centros de salud mental insertos en la comunidad, los cuales además de representar un ahorro económico sustancial frente a las prolongadas internaciones, representan grandes beneficios al paciente. Como menciona Florit-Robles (2006), el contacto de la comunidad con los esquizofrénicos tiende a disminuir los pre juicios y el estigma social hacia estos: “acercarse poco a poco al fenómeno, aunque los esquemas disponibles sean muy pobres, para comprenderlo, es de capital importancia para superar el miedo humano hacia lo desconocido, sentimiento que generalmente alimenta a la locura” (Evaristo, 2000, p. 32). A su vez Castillo et ál. (2011), sugieren la necesidad de desarrollar políticas que sensibilicen a la comunidad, para lograr la integración de las personas con trastornos mentales severos y persistentes. De esta forma, se podría llegar a evidenciar que el esquizofrénico pocas veces es agresivo y tampoco se encuentra en un continuo delirio, sino que fuera de la fase aguda, puede llegar a relacionarse “adecuadamente” con su entorno y llevar a cabo diversas tareas. En definitiva, parte de la rehabilitación psicosocial consiste en instruir, en brindar información, tanto al paciente como a su entorno inmediato y comunidad toda, sobre la enfermedad. Buscando así comprensión y tolerancia para aquellos que transitan su vida de forma distinta a la mayoría, ya que “(...) el apoyo de la red social y familiar parece, a largo plazo, mucho más terapéutico que una hospitalización con un programa incluso muy sofisticado” (Evaristo, 2000, p. 29).

Continuando con los pensamientos de Evaristo (2000), el autor sostiene que el nivel de tolerancia en la comunidad es inversamente proporcional a las probabilidades de cronificación. Por ende, si se logra una sociedad respetuosa hacia las personas con una enfermedad mental, los pacientes crónicos disminuirán. Para llevar a cabo todo este movimiento, Tizón (2010) afirma que es indispensable abandonar el enfoque puramente biológico, para así poder atender ciertos factores del paciente y su entorno, frecuentemente descuidados. Culmina su trabajo especulando sobre el abordaje del paciente esquizofrénico, al respecto afirma: “Tal vez pensar y tener en cuenta los factores de riesgo psicológicos y sociales, además de los biológicos (pero en un sentido menos unidimensional), se revele terapéuticamente útil” (Tizón, 2010, p. 4).

Otro factor crucial que se comenzó a tener en cuenta a la hora de desarrollar un plan de rehabilitación, fue la imposibilidad de abordar de la misma manera a todos los pacientes con un mismo diagnóstico, ya que la enfermedad se manifiesta de forma única en cada individuo. Se debe tener en cuenta que las estrategias aún siendo correctas teóricamente, “podrían ser terapéuticas para un determinado tipo de patología y de estructura de la personalidad e iatrogénicas para otro tipo de patología y de estructura de la personalidad” (Silvestre, et ál., p. 292). Se debe entonces abordar al sujeto contemplando su historia, sus aspiraciones, así como su contexto y vínculos, para luego diagramar junto con él, sus familiares y amigos, las estrategias terapéuticas pertinentes, teniendo en cuenta a su vez, que a lo largo del tratamiento las mismas irán sufriendo modificaciones. En definitiva, la importancia radica en el hecho de que el plan de rehabilitación sea personalizado, ya que: “Una acción absurda o insignificante puede ser catártica si confronta al enfermo, mientras que la intervención más costosa y compleja puede ser totalmente inútil si no tiene nada que ver con los símbolos y la historia de la persona” (Evaristo, 2000, p. 94).

La dimensión subjetiva del paciente comienza así a tener protagonismo en el proceso de rehabilitación. Se apuesta a contar con su consentimiento para desarrollar las actividades, escuchando sus demandas, necesidades y deseos. Para ello “La flexibilidad es un elemento importante para poder adaptar el proceso de intervención a cada momento, según las necesidades y dificultades que vayan apareciendo” (Florit-Robles, 2006, p. 227). De esta forma, se busca que el paciente no sea paciente, sino que sea el principal protagonista de su proceso, para lo cual se deben de buscar aquellas actividades que sean de su agrado y le motiven. Es necesario también atender a sus fortalezas, habilidades y competencias, buscando tareas en las que pueda desenvolverse con relativa solvencia. Esto podría evitar

una posible frustración, fomentando por tanto la adhesión y motivación respecto al tratamiento, así como la confirmación de sus capacidades y autoestima, las que con frecuencia se auto perciben deterioradas. En cuanto a los objetivos, es necesario que sean lo más realistas posibles, evitando colocarlos muy alejados en el tiempo. Resulta conveniente que los mismos se puedan palpar, es decir, que no sean demasiado abstractos, para que de esa forma sirvan de motor para continuar con el trabajo de rehabilitación.

Como menciona Florit-Robles (2006), el objetivo último de la rehabilitación es el esplendor del paciente y no del dispositivo de rehabilitación, entonces no importa si el dispositivo no es elegante o sofisticado, siempre y cuando sea eficiente. Ese esplendor se puede lograr ayudando al paciente a que forme un proyecto de vida, que tenga objetivos y medios por los cuales alcanzarlo, en definitiva, que pueda realizarse como persona. Seguin (1960) manifiesta que la única forma en que una persona puede ayudar psicoterapéuticamente a otra, es favoreciendo el desarrollo de las potencialidades y realización de sus proyectos. Al respecto Sartre (1948-49), citado en Seguin (1960), afirma que el hombre no es otra cosa que su proyecto y existe únicamente en la medida en que se realiza. Siguiendo la misma línea, una persona que no se realiza, no es, es invadida por la nada y el autor plantea que es cuando la nada invade que la angustia se produce. Para lograr que la persona se realice, se debe atender a sus necesidades y es en este punto, en apariencia sencillo, que las más nefastas consecuencias de una perspectiva centrada en la enfermedad mental se pueden hacer presentes, llevando a que "(...) una simple necesidad básica, inclusive de auto cuidado y autonomía, puede ser entendida como un mero síntoma. ¡Ya nada es del sujeto: todo se refiere a la enfermedad!" (Amarante, 2009, p. 67).

Uno de los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial, es el de evitar la cronificación de la enfermedad, y para ello se continúa insistiendo en la necesidad de ver más allá del individuo, partiendo de la base de que, como sostiene Evaristo (2000):

La evolución hacia una psicosis crónica depende de variables negativas: acontecimientos vitales estresantes, uso de sustancias (drogas, fármacos, alcohol), ambiente familiar perturbado (emotividades negativas), estigma y aislamiento social, exclusión, pérdida del papel social, patrones de asistencia institucional de sustracción, cerrados (p. 43).

Es necesario que la rehabilitación se vuelque a la comunidad, ya que todos los factores que el autor indica inciden en la cronicidad de la enfermedad, se originan en la sociedad. Por lo tanto “Cuanto más natural sea el contexto en el que se realice la intervención, más se asegurará la generalización de lo aprendido” (Florit-Robles, 2006, p.236). Entonces, un trabajo terapéutico que se enfoque en aislar, tratar al individuo y depositarlo nuevamente en la sociedad, no tiene otro destino que no sea el fracaso.

Para que todo lo anterior se logre, es de gran importancia contar con políticas públicas que abalen y apoyen las dinámicas de rehabilitación psicosocial que se pretenden desarrollar. Al respecto Amarante (2009), sostiene la importancia de que dichas políticas se encuentren coordinadas entre sí y con los diversos actores sociales implicados, entendiendo al trabajo en conjunto y sincronizado como la forma más efectiva para posibilitar la rehabilitación psico-social. Trabajo grupal y sincronización que, como veremos en el siguiente apartado, también se presentan indispensables para desarrollar el dispositivo del acompañamiento terapéutico.

Acompañamiento Terapéutico

Aproximación al rol

*Para el enfermo con un fuerte padecimiento
psíquico, para el paciente psiquiátrico,
esa presencia de otro en su vida
cotidiana toma una connotación especial.*

(Rossi, 2007. p. 108)

El nacimiento del acompañamiento terapéutico, es situado por Pulice (2011) en Argentina entre finales de los 60 y comienzo de los 70, época en la cual resonaban fuertemente los cambios propiciados por la anti psiquiatría inglesa de Cooper y por las acciones de Basaglia en Italia. El autor, al igual que Tolosa (2014), entiende que el dispositivo se comenzó a gestar con la finalidad de sortear las lógicas imperantes del modelo asilar, pretendiendo un tratamiento que vaya más allá del control que se ejercía en los hospitales psiquiátricos. A su vez, Pulice (2011) hace mención al convulsionado contexto social en toda América Latina, el cual entiende sirvió de escenario para impulsar el nuevo dispositivo. Pero con el advenimiento de la dictadura militar argentina, se produjo un estancamiento general en la producción

de conocimientos, del cual el naciente dispositivo del acompañamiento terapéutico no se vio exento. Quedó así despojado de producción bibliográfica, aval legal y espacio académico en el cual crecer. Culminado el período de dictadura, se reanudaron las tareas concernientes a dar forma a la figura del acompañante terapéutico, aconteciendo el primer suceso importante en 1994, con la celebración del *Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico*. El mismo buscó nuclear a todos aquellos que estuviesen interesados en producir acerca del tema, así como exponer los avances con los que se contaba hasta la fecha. Ya en 2001 con el segundo congreso, se hicieron presentes actores de diversos países de Latinoamérica, evidenciando la gran expansión que el dispositivo había tenido en la región.

Como sostiene Kuras de Mauer (s.f) citada en Bustos y Frank (2011), el acompañamiento se originó a raíz de la necesidad de atender el sufrimiento del sujeto, desde una perspectiva que aborde su singularidad, evitando la estigmatización y la cronificación de su enfermedad, lo que a su vez lograría la reinserción social del mismo. Más allá de reinsertar, de restaurar lo que estaba antes de enfermar, el acompañante también busca generar, ayudar a crear lo que nunca estuvo. Desde la ética del respeto por el otro, buscará entonces construir un espacio en el cual quien sufre pueda recibir cuidados, respeto y escucha, promoviendo una zona de encuentros, lo cual en tiempos post-modernos se presenta como todo un desafío. A su vez la autora, al igual que Pulice (2011), remarca el hecho de que el dispositivo del acompañamiento terapéutico vio la luz en una época en la cual se comenzaban a hacer insostenibles los efectos nocivos del modelo asilar, así como las consecuencias del encierro en los pacientes psiquiátricos.

Una primera aproximación a la concepción del acompañamiento terapéutico, desde la perspectiva de Tolosa (2014), puede ser entendida como un:

Recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico inserto en un equipo profesional, desde una experiencia intersubjetiva, donde su función se genera en el espacio transicional del vínculo. En este encuentro, del acompañando y acompañante se otorga relevancia a la contención del paciente y al ofrecerse como referente, a la vez que se postula al acompañante como otro, un testigo soporte que apuntala y suplementa, como un prójimo cercano favorecedor del proceso resiliente del individuo (p. 16).

Por su parte, Ledesma (2013) entiende que la función del acompañamiento terapéutico es la de:

Impulsar a los pacientes a que produzcan nuevas formas de vincularse, de hablar y de ser escuchados, posibilitando la adherencia al tratamiento, la contención en un momento de crisis, la reducción del período de ingreso/internación o la evitación del mismo, logrando una mejoría observable en función de la patología (...) (p. 207).

El dispositivo del acompañamiento terapéutico puede establecerse como una estrategia más en el marco del proceso de rehabilitación del paciente esquizofrénico. Debiendo contar a su vez con una instancia de supervisión y accionar de forma articulada con las actividades de la vida diaria de la persona. Como sostiene Bustos (s.f) citada en Bustos y Frank (2011), la figura del acompañante se encuentra inserta en un equipo, el cual a su vez efectúa intervenciones en el ámbito familiar y comunitario del paciente, lo cual permite ampliar las redes de las personas con trastornos mentales. Es de gran importancia apostar a desarrollar dichas redes, ya que al llegar el acompañamiento a su fin, es indispensable que el paciente se encuentre inserto en una red, que le de soporte y propicie su proceso de rehabilitación.

Es recomendable que desde un comienzo, el o los acompañantes, en conjunto con el paciente y su familia, establezcan cual es la situación actual y de ser necesario, trabajen sobre la toma de conciencia de la enfermedad que sufre la persona. También se deben fijar los objetivos a alcanzar y los caminos que se pueden llegar a recorrer para ello. Esto puede ser de utilidad para despejar dudas con respecto a la enfermedad, tratamiento y su posible evolución, así como regular las expectativas respecto al proceso, teniendo en cuenta que la situación personal y familiar del paciente esquizofrénico, suele estar cargada de intensas emociones y dinámicas a veces confusas o contradictorias. Razón por la cual, sentar objetivos y estrategias simples y concretas, puede ser de ayuda para controlar tanta energía y dar comienzo al trabajo.

Pulice (2011) sostiene la imposibilidad de delimitar a priori la función específica que va a desempeñar el acompañante terapéutico, ya que la misma deviene en el transcurso del tratamiento, en función de la singularidad de cada uno de los involucrados. Aún así, es posible manejar ciertos parámetros de acción con los que frecuentemente se trabaja con el paciente esquizofrénico. En primer término, el encontrarse en “la situación de tener que enfrentar la realidad exterior y el mundo

interno simultáneamente amenazantes, surge aterrador para un yo inmaduro como es el yo psicótico, pero sobre todo en cuanto carenciado” (García, 1983, p.16), por lo tanto el acompañante va a apuntar a auspiciar de yo auxiliar, dándole la seguridad para poder enfrentar tanta hostilidad, la cual puede ser real o ficticia, lo que a los efectos es lo mismo. Al respecto Kuras de Mauer y Resnizky (2003), citadas en Pulice (2001), sostienen que una de las funciones del acompañante es la de prestar su yo, para llevar a cabo tareas que el yo del paciente no está en condiciones de ejecutar. Función a la cual también hace referencia el entrevistado D, quien plantea que el acompañante presta su aparato de pensar para ayudar al sujeto a resolver situaciones del orden de lo cotidiano, como salir de su casa, asistir a la consulta médica, acudir al centro de rehabilitación o tomar un ómnibus. Entonces el acompañante auspiciará a su vez de sostén, de soporte de la cotidianeidad del acompañado. Contiene a una persona que extraña la realidad socialmente aceptada, sensación de extrañeza que le provoca dolor, temor y una consecuente parálisis que le impide moverse de ese lugar, inmovilidad la cual como se vio anteriormente suele ser afirmada por la familia y la sociedad. Entonces se puede pensar que el acompañante buscará proporcionarle la capacidad de moverse, de salir de ese lugar. Por lo tanto, como sostiene Rossi (2005), un primer paso en el acompañamiento es aliviar el dolor que inmoviliza al sujeto, posibilitando alguna sensación de bienestar, lo cual entiende dista de ser insignificante desde el punto de vista terapéutico. Al respecto surgen interrogantes como ser: ¿de qué lugar se está hablando? y ¿quién lo situó en dicho lugar? Se puede pensar que la sociedad “sana” construyó ese lugar (físico y simbólico), en el cual se deposita al paciente esquizofrénico, entonces, ¿lograr que el paciente se mueva de ese lugar, será garantía de que no regrese a él?, ¿el foco deberá hacerse en el sujeto?, ¿o tal vez el foco debería estar en la re significación del lugar que se le da al paciente en la sociedad?

Lograr una sensación de bienestar por más pequeña que sea, como se mencionó, es de gran importancia. Al respecto, Fernández (2012) sostiene:

Muchas veces son conversaciones sobre temas triviales, o ver una película u otras actividades recreativas que se compartan, amenas, divertidas y ese simple y sencillo movimiento autoriza a los participantes a ver más allá de lo trágico. Por un pequeño tiempo se pasa a otra escena, se palpa una liviandad que contrarresta el enorme peso de la pérdida. De este modo el sujeto atisba el buen vivir que lo aguarda cuando amainen los vientos huracanados (p. 128).

A pesar de que la autora lo relata desde el funcionamiento de la amistad, se puede llegar a realizar un punto de conexión con el rol del acompañante terapéutico. Lejos de pretender que este sea amigo del acompañado, se busca resaltar el gran potencial terapéutico que encierran actividades en apariencia infértiles, logrando a través de estas, alejar al paciente al menos por un momento del círculo doloroso de su enfermedad. Se puede considerar que el disfrutar puede llevar a que el sujeto conecte con sus partes más saludables, potenciándolas.

En su libro sobre el acompañamiento terapéutico, Rossi (2007) comienza reflexionando sobre algo tan vulgar como la rutina. Plantea que la misma puede ayudar a organizar la cotidianidad, a ordenar y dar sentido a las tareas, logrando a su vez ejecutarlas sin detenerse a pensar demasiado en ellas. Si bien en algún punto puede tornarse nociva para el sujeto por su carácter monótono, el autor invita a pensar qué es lo que sucede con aquellas personas que tienen que comenzar desde cero o casi cero cada día, carentes de un marco que englobe y dé un sentido trascendental a sus quehaceres, a su vida misma. Plantea la interrogante, “¿qué pasa cuando no hay secuencia posible, cuando no hay algún marco estable que permita la organización subjetiva y objetiva de la cotidianidad?” (Rossi, 2007, p. 11). En ese caso cabe la posibilidad, sostiene el autor, de requerir una ayuda externa, introduciendo así el acompañamiento terapéutico. Entonces el acompañante deberá generar en conjunto con la persona y sus allegados, un marco que le sirva de sustento y base para su cotidianidad. Buscando siempre que “esas instrucciones sean lo menos externas posibles, en el sentido de que no funcionen como una imposición, sino que puedan ir construyéndose con la implicación del paciente (...) que tengan alguna marca proveniente de su subjetividad” (Rossi, 2007, p. 12). El autor pone énfasis en la construcción de un sostén para lo cotidiano, debido a que es allí donde “el acompañante terapéutico se incluye, porque propone un trabajo terapéutico en esa escena en la que participa y construye cada día. (...) Se trata de interlocutores de lo cotidiano” (Rossi, 2007, p. 13).

Otra de las funciones del acompañante terapéutico que plantean Kuras de Mauer y Resnizky (2003) y Pulice (2011) analiza, es la de reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente. Las autoras mencionan que el objetivo es el de hacer énfasis en las partes sanas del sujeto, evitando focalizarse únicamente en los aspectos desajustados. En ocasiones el paciente puede tener interés en retomar estudios o actividades laborales, situación en la cual el acompañante auspiciará de puente, atenuando las dificultades que la misma enfermedad representa para llevarlas a cabo. Por otra parte, advierte Pulice (2011) que no todos los pacientes,

ni en cualquier momento, pueden demostrar interés particular hacia algo, y la insistencia del acompañante en esa dirección podría percibirse como hostil para el sujeto. Finalmente cabe resaltar que, más allá de la importancia de observar y descubrir aquellos intereses que mueven al paciente y sus principales dificultades para alcanzarlos, “(...) toda tentativa puede resultar estéril si no es correlativa de un trabajo que apunte a desentrañar, en el espacio apropiado, aquellos factores subyacentes que, desde lo inconsciente, sobre determinan esa dificultad” (Pulice, 2011, p. 11).

Retomando la simbiosis familiar a la cual se hizo referencia en el anterior apartado, se puede pensar otra de las funciones del acompañante terapéutico. Como sostienen Kuras de Mauer y Resnizky (2003) citadas en Pulice (2011), el acompañante puede auspiciar de agente catalizador de las relaciones familiares. Sostienen la necesidad de amortiguar las relaciones del paciente con su familia, atenuando las descargas de los padres sobre el sujeto enfermo. Al respecto, Pulice (2011) problematiza lo dicho por las autoras al sostener que, de colocarse el acompañante en tal posición, podría generarse una confrontación de la cual difícilmente podría salir. Por el contrario, sostiene que si las relaciones familiares se atenúan, no es debido a una acción específica del acompañante, sino en función del trabajo del mismo sobre el entramado inconsciente que da origen a dicho modo de relacionamiento. Finalmente Pulice (2011) sintetiza las funciones, que considera se deberían llevar a cabo en el proceso del acompañamiento terapéutico de un paciente con esquizofrenia:

1. Reforzar la contención del paciente *luchando* contra su ruptura con la realidad;
2. Ayudarlo con algún proyecto vital latente acorde con sus posibilidades;
3. Incluirnos como un *yo opcional* capaz de postergar, y de ofrecerle modos de funcionamiento alternativos a aquellos que lo enfermaron;
4. Operar como nexo con el mundo externo ayudando al paciente a reenlazarse socialmente con *otros* significativos: amigos, familiares, educadores, etc.;
5. Fortalecer el yo del paciente apuntando a una mayor adecuación en el manejo tiempo espacial (p. 13).

La escucha y el lugar del acompañante

¿En qué consiste tratar a las personas como a personas, es decir humanamente? Consiste en que intentes ponerte en su lugar.

(Bazzano, 2009, p. 112)

La delimitación del accionar y del lugar del acompañante terapéutico no es una tarea sencilla. Es un rol flexible y se delimita continuamente en función de los lugares en los cuales el acompañamiento se lleva a cabo y de los actores que en él intervengan. Siendo de esa forma, se puede entender al acompañamiento como “Un espacio a ser nombrado en cada caso, tanto por una familia como por un paciente, lo cual se produce en la medida en que no se le asigne a priori una figura estereotipada, una función limitada por reglas generales” (Rossi, 2007, p. 75).

En la misma línea Resnizky (s.f), citada en Bustos y Frank (2011) sostiene que:

La presencia del at está marcada por una paradójica simultaneidad de proximidad y distancia. El at se va tejiendo en una trama horizontal que alterna en su eficacia con la que opera simultáneamente en sentido vertical. Es un fenómeno en el que es dable la coexistencia de legalidades múltiples (p. 87).

En adhesión a ello, Bazzano (2009) continúa haciendo énfasis en lo complejo del lugar del acompañante, el cual auspicia de puente e interlocutor entre el paciente y su familia, debiendo responder frente a los miedos y dudas de familiares y amigos del paciente, sin perder de vista la confidencialidad que le debe a este. Entonces, ¿Cuál es la distancia que debe tomar un acompañante terapéutico en su trabajo con el paciente? Rossi (2007) plantea que no puede ser muy lejano ya que el vínculo que se vaya a generar no ayudaría al proceso del paciente, distanciamiento el cual afirma Pulice (2011) puede ser percibido como hostil y persecutorio por el acompañado. Pero tampoco debe ser tan cercano que resulte en una sofocación, pudiendo generar también sentimientos de persecución en el paciente, o la confusión de roles por parte de ambos. Se debe buscar una distancia óptima para que la tarea se pueda llevar a cabo de la mejor manera posible, distancia la cual no es universal ni continua, sino que se va ajustando en función de las circunstancias y subjetividades de las partes involucradas. Si bien la delimitación del trabajo varía en función de las condiciones del ambiente en el cual

se va a desarrollar, “es importante explicitar a las familias determinadas pautas que irán delimitando su campo, estableciendo esas diferencias con otros lugares, acotando expectativas (...)” (Rossi, 2007, p. 44). El hecho de que todas las partes involucradas en el acompañamiento, como se mencionó anteriormente, tengan presentes los alcances, objetivos y posibles caminos a recorrer por el dispositivo, resulta de gran utilidad para delimitar el lugar que cada participante va a ocupar.

El acompañante tiene la posibilidad de entrar y salir del mundo del acompañado, lo cual le permite no saturarse ni mimetizarse con el mismo, como lo puede llegar a hacer un familiar o amigo. A su vez, su rol no es contemplado con el distante asombro con el que suele verse a las figuras médicas, lo que configura un lugar próximo al paciente, elementos que posicionan al acompañante en un favorable lugar de acción.

Como se remarcó con anterioridad, la esquizofrenia es una enfermedad compleja, la cual suele producir gran desgaste y dolor tanto en el paciente como en su ámbito más próximo. Por ello las demandas hacia el acompañante pueden presentarse con gran carga emocional, pudiendo derivar en la asunción de lugares de acción que no sean los más convenientes para el acompañamiento. Al respecto Dorfman (1984), citada en Rossi (2007), habla sobre la necesidad del propio paciente y su familia, “que tienen el requerimiento de una atención ilimitada y, diríamos también imperiosa, a veces cercana a una demanda infinita, a una necesidad de atención cuyo tono emocional es sumamente absorbente” (Rossi, 2007, p. 46). En adhesión a lo anterior, Bazzano (2009) trae el movimiento que se genera en la genuina escucha, y al respecto sostiene que “Cuando el que escucha puede abrirse, el otro percibe ese movimiento y entonces ocurre que desaparecen profesional y paciente y se hace figura el canal, una fuerza transformadora” (Bazzano, 2009, p. 46). Entonces se puede pensar que en primer término debe de haber alguien que esté dispuesto a escuchar para que otro hable y no al revés, ya que “Es sabido que sólo si hay escucha, es posible que alguien se anime a decir” (Fernández, 2012, p. 169).

Continúa Fernández (2012) reflexionando al respecto de los movimientos de la escucha y sostiene:

Una escucha implica una posición de abandono de sí, una dimensión de entrega, estar dispuesto a habitar temporariamente al otro. Alejarse de sí y estar, mientras dura la escucha, en el campo del otro. Esto significa una renuncia que habilita un con-vivir con el otro, sus pensamientos, sus afectos,

los puntos de detenimiento y avance. Para ambos, quien es escuchado y quien escucha, tiene efectos. Quien es escuchado vivencia una presencia plena del otro, momentáneamente no está solo, alguien acompaña las eternas y solitarias tierras de la subjetividad; quien escucha, sale de sí, se enriquece de otro, vive mágicamente otra vida, otra existencia, otro sentir (p. 180).

Cabe detenerse para reflexionar sobre el alcance de la escucha y el peligro que la misma encierra. Como se citó anteriormente, en la escucha desaparecen profesional y paciente, se da un abandono de sí y se entra en el mundo del otro. Movimiento el cual se entiende indispensable para el trabajo del acompañamiento terapéutico, pero que sin los recaudos necesarios puede generar inconvenientes en el dispositivo, debido a la absorbente demanda que suele presentarse por parte del paciente y su familia. Como acompañante terapéutico es importante desarrollar la habilidad de entrar y salir del mundo del otro, del mundo de una persona esquizofrénica, y aún así mantener la distancia necesaria para poder ayudarlo, para no quedar atrapado en sus delirios y temores, los cuales pueden a su vez no ser tan ajenos, despertando-avivando temores propios. Es así que “cada uno debe correr el riesgo de salir al encuentro del lunático que incluye en sí” (Cooper, 1976, p. 115). Llama la atención el movimiento de salir al encuentro de algo que llevamos dentro, lo cual ilustra maravillosamente el hecho de que, aproximarse al mundo loco del esquizofrénico, lleva a contactar con la propia locura. Al respecto, Regadas (1992) hace mención al riesgo implícito en el contacto con el mundo psicótico:

El contacto con las psicosis; con la dimensión de lo psicótico circulando en una familia, en grupos e instituciones es algo de lo cual no se sale indemne y que nos provoca una sensación de inquietante extrañeza, de algo ominoso y oscuro. El solo hecho de estudiar la temática nos lleva a replicar, inconscientemente, situaciones conectadas con ellas (p.1).

Por lo tanto se puede pensar, como sostiene García (1983), que el problema del tratamiento psicoterapéutico con el paciente psiquiátrico no radica en el hecho de si hace o no transferencia, sino que podría ser un problema contratransferencial del terapeuta. Sostiene que el paciente psicótico tiene una incidencia mucho mayor en el terapeuta que cualquier otro paciente, lo cual puede generar miedo en este, llevándolo muchas veces de forma inconsciente, a sostener una marcada distancia, la cual el paciente busca recortar. Entonces se puede considerar que existe un juego de fuerzas, por un lado el acompañante puede buscar un distanciamiento que le sirva para protegerse de los delirios y miedos del esquizofrénico, los cuales en

cierto sentido no radican en su totalidad en el otro, sino que pueden llevar al acompañante a afrontar los suyos. Por otra parte, la persona con esquizofrenia puede buscar estar más cerca del acompañante, presentando una demanda absorbente. Pulice (2011) sostiene que esta aproximación buscada por el acompañado, tratando de posicionar al acompañante en la esfera de la amistad, puede ser entendida como la necesidad del primero de encontrar, en una relación de semejanza, un espejo que le permita empezar a verse un poco mejor. Entonces la relación acompañante-acompañado no es rígida ni estereotipada, sino que como se ha visto, sufre constantes cambios. Es una tarea desgastante, que afronta a los involucrados con sus instintos más primitivos y pensamientos locos, de los cuales las personas “normales-sanas” se creen exentas. Siendo el paciente quien puede lograr que estas sensaciones afloren, no sería de extrañar que el acompañante desarrolle determinadas actitudes para desestimarlas, como ser; el distanciamiento del cual se habló, el aburrimiento frente al acompañamiento, el enojo para con el paciente o alguna persona de su entorno, o lisa y llanamente la pérdida de interés en continuar con el dispositivo.

Es importante destacar que tanto el dispositivo del acompañamiento terapéutico, como cualquier otra actividad dirigida a la rehabilitación de una persona, nunca se lleva a cabo de forma aislada o independiente. Siempre debe funcionar en base a un equipo: “para pensar en Re Rehabilitación, se necesita pensar en EQUIPO” (Bazzano, 2009, p. 27). En cuanto al número de personas que deben integrar el acompañamiento, Rossi (2007) sostiene que si bien en ocasiones puede ser uno solo trabajando de forma directa, mientras mayor sea la duración y gravedad del caso, el equipo debería ser integrado por varios miembros y al ir mejorando la situación, puede irse reduciendo el número de acompañantes. A su vez, el actuar en equipo tiende a minimizar los riesgos de perder el foco de la intervención, de quedar dominado por las circunstancias, ya que un otro próximo puede servir de referencia en dichos momentos. Como señala Bazzano (2009):

Un Acompañante trabaja en transferencia, siente y recibe afecto y lo significa, en la supervisión, es donde se analiza su sentir con otro miembro del equipo, para garantía de todos. El Acompañante Terapéutico jamás trabaja solo. El paciente en rehabilitación busca muchas veces seducirlo, *sacarlo moverlo* de su rol y el A.T necesita tener muy claro el *para qué* de su intervención, para no caer en concesiones y viciar el trabajo del equipo de rehabilitación y/o entorpecer el proceso (p. 36).

Puede suceder que sea el mismo acompañante que se sitúe en un lugar que impida el trabajo con el paciente, como sería el adoptar una postura autoritaria, alejándose de ese lugar de semejante. Entonces, al contar con un grupo, sería “rescatado” de ese lugar, permitiendo reanudar el trabajo. En contrapartida, el otro extremo también es perjudicial: “en la práctica del acompañante, demasiada proximidad va a resultar conflictiva, por esto es necesario ir regulando esa distancia íntima, para llegar a adecuar esa mayor o menor simetría en la relación” (Rossi, 2007, p. 112).

En cuanto al espacio físico en el cual se desenvuelve el acompañante, es por lo general de carácter ambulatorio, trabajando en aquellos lugares que frecuenta el paciente, buscando abordar su cotidianeidad, “su acción se desarrolla en el territorio urbano, en el espacio y el tiempo cotidiano del paciente” (Rossi, 2007, p. 45). Yendo al *cuando*, al momento en el cual debe actuar, Rossi (2007) es también bastante amplio al respecto. Sostiene que el acompañante terapéutico puede intervenir, tanto en el advenimiento de una crisis, como cuando el paciente se encuentra compensado. Se busca en esta última instancia “facilitar el lazo social, o incentivar la reinserción educativa, laboral, recreativa, en pacientes que no se encuentran en un período de desborde o crisis” (Rossi, 2007, p. 45). Búsqueda la cual apunta a evitar la estigmatización y el aislamiento del paciente, factores ambos que, como se expuso, conducen a la cronificación de la enfermedad.

El dispositivo del acompañamiento terapéutico busca la recuperación o la construcción de nuevos vínculos del paciente. En este punto Rossi (2007) se detiene y problematiza, plantea la postura segregadora que esconde el concepto de reinserción social. Se puede plantear un caso común entre los pacientes esquizofrénicos: un chico que previo a su internación mantenía con ciertas dificultades un trabajo, hablaba con muy poca gente y no participaba de reuniones ni eventos sociales. Cursa una crisis a raíz de la cual es internado y tres meses más tarde sale a la sociedad, ¿sale a la sociedad? Rossi (2007) plantea que nunca salió de ella, sino que los dispositivos en cierta medida inconscientes de la sociedad segregan y destierran al paciente psiquiátrico, pero este nunca deja de formar parte de la misma. Por ende, no es posible reinsertarlo de donde nunca se fue. Al respecto, Rossi (2007) plantea que:

En realidad sería mejor nombrar esta reinserción como nuevas inscripciones sociales, en tanto lazos diferentes con su comunidad y con su entorno, ya que el paciente, encerrado en su ambiente familiar o en la

institución psiquiátrica, no está fuera de lo social, esto es, no deja de estar en instituciones sociales (p. 47).

El manejo de los tiempos, tanto del encuentro en particular como de la duración de la totalidad del acompañamiento, dista de ser sencillo. Por un lado, en ocasiones puede ser de utilidad fijar el tiempo del encuentro de antemano, lo cual puede resultar beneficioso tanto para el acompañante como para el paciente, ya que sería una ayuda para no perder el foco u objetivo de la intervención, si es que lo hubiese. Asimismo, en otras ocasiones el tiempo lo puede marcar el mismo desenlace del encuentro. Por otra parte, al respecto de la duración global del acompañamiento, como se ha descrito, no existe un tiempo prudente pautado de antemano o escrito como regla general. El tiempo se encuentra sujeto a la particularidad de cada caso, así como a la agudeza del acompañante en poder leer lo “dicho” y lo “no dicho”, de poder interpretar los acontecimientos y prever un futuro desenlace. Como menciona Rossi (2007), el prolongar demasiado un acompañamiento puede devenir en la confusión de roles de las partes involucradas y en transgresiones al dispositivo.

En algunas ocasiones la demanda del paciente parece no estar clara, debiendo el acompañante brindar tiempo y lugar para que la misma emerja, pero ello requiere de “un paciente trabajo, que implica tiempo, y mucha permanencia, aunque no sepamos muy bien porque tanta presencia. Cuando nos encontramos con el silencio constante, con la ausencia de palabras, tolerar ese no saber es hacer mucho” (Rossi, 2007, p. 103). Al respecto Barreto (2005) citado en Rossi (2007), afirma que un acompañante no podría ejercer su función si no logra aceptar el hecho de que la mera presencia, que en apariencia puede confundirse con el no hacer nada, ya es hacer mucho. Pulice (2011), sostiene que el principal elemento que hace eficaz a un dispositivo terapéutico, es el dejar lugar y dar tiempo para que el deseo del sujeto se pueda pronunciar, debiendo ser este a su vez, el fin último de toda intervención. Entonces se podría pensar que el acompañante terapéutico debe ser una persona capaz de dejar de lado su narcisismo, evitando estar en constante búsqueda de la brillante intervención, que genere un giro en el proceso y encamine rápidamente al paciente hacia su recuperación. Debiendo por el contrario, controlar la ansiedad que el transcurso del tiempo le suscite. También debe ser capaz de no priorizar en todo momento los objetivos fijados, dejando un espacio en apariencia en blanco, para que surja algún elemento que ataña a la situación y que no se haya manifestado aún. Por lo tanto, se puede entender que los acompañantes deben “(...) tener una presencia solida, comprometida, estable con el otro; intentando no quedar atrapado en el propio narcisismo para dar lugar al advenimiento de la

subjetividad del otro” (Bustos y Frank, 2011, p. 24). En definitiva, el manejo tiempo en el dispositivo del acompañamiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia debe gozar de gran movilidad.

En la medida de lo posible, resulta conveniente estructurar y re-estructurar el encuadre entre ambos (acompañante y acompañado), posicionando de esta forma al paciente en un lugar activo en su propia recuperación, dándole cierto poder, ya que: “Sentirse en algún punto mínimamente poderoso no es menor en personas que precisamente tienen esa limitación en su propia valoración, en aquello que no pueden hacer, que no pueden emprender, que no pueden sostener de su existencia diaria” (Rossi, 2007, p. 109). En definitiva, como plantea Rossi (2007), la complejidad del encuadre radica en el hecho de ser elástico y rígido a la vez, además de darle un poder al sujeto, un poder terapéutico en cierto sentido, se lo está reconociendo. Reconocimiento al cual apostaron en su época Mannoni, Cooper y Basaglia. Se lo reconoce como sujeto de deseo, se reconoce su dolor y sufrimiento, los cuales no siempre son evidentes o fáciles de comprender por la idiosincrasia de la esquizofrenia. Fernández (2012), si bien no se centra en la esquizofrenia, plantea al respecto:

Asimismo, en la vida cotidiana de los sujetos, muchas son las ocasiones en las que se viven situaciones trágicas, o al menos las posiciones subjetivas desde las que se experimentan son trágicas. Y estas son representadas para otros, también a la espera de una voz que atempere, es una escena que hace un llamado ético al otro (p. 103).

Siempre que exista un sufrimiento, un dolor, un padecer, el entendimiento y la empatía de quien esté próximo puede ser la base indispensable para cualquier estrategia terapéutica. Ulloa (s.f) en sus apuntes sin publicar, citado en Bazzano (2009), sostiene:

Construyamos sujetos éticos, luchemos para que nos dejen trabajar en la reconstrucción social que parte desde el miramiento y el derecho a la ternura (...) construyamos pues esos sujetos éticos, tiernos, que traten bien porque de un buen trato, derivan todos los tratamientos y no tengamos miedo de que nos tilden de poco científicos, espirituales o poco objetivos (...) (p. 107)

El ejercicio del acompañamiento terapéutico, llevado adelante con dedicación y esmero, se convierte en una poderosa herramienta en el multifacético campo de la rehabilitación del paciente esquizofrénico. Presentándose como un semejante, demostrando genuino interés por el dolor del otro, es que se puede generar un

acercamiento terapéutico. De esta forma, como sostiene Bazzano (2009), el interés del acompañante percibido por el paciente sirve para mitigar los fatídicos efectos que el asilamiento social tiene sobre él. A su vez, como menciona Ledesma (2013), el acompañante ayuda a construir un espacio en el cual llevar adelante una escucha libre de prejuicios, escuchando y respetando tanto las palabras como los silencios. Un espacio en el cual la escucha no vaya de la mano de los prejuicios es anhelado por cualquier persona, y tal vez un poco más por aquellos a los que se etiqueta de esquizofrénicos en función de sus conductas y discursos. A su vez como sostiene Fernández (2012), son pocos los lugares donde uno puede manifestar su dolor sin vergüenza. La autora continúa su idea haciendo referencia al caso de una mujer que diariamente conversaba con su amiga, la cual se encontraba en estado de coma debatiéndose entre la vida y la muerte. Afirma que “se está porque se confía que el amor y la palabra le podrían devolver la vida al otro. Se habla sabiendo que en algún lugar el otro escuchará, se le da fuerzas, se le brinda la presencia” (Fernández, 2012, p. 150). Una vez más, tomando los recaudos necesarios al entender que la amistad dista del rol de acompañante, se puede considerar cierta similitud, al entender la presencia y el trato afectivo como terapéuticos en sí mismos.

Otro de los beneficios que aporta el dispositivo del acompañamiento terapéutico es la continuidad del tratamiento. La capacidad del terapeuta para tratar pacientes es sustancialmente menor a la demanda de estos, razón por la cual se puede entender el surgimiento del acompañamiento como dispositivo ideado para llenar ese vacío. Supongamos el caso de un paciente esquizofrénico, que frente a una crisis la familia lo lleva al hospital psiquiátrico y queda internado por un tiempo determinado. Una vez compensado, recibe el alta y debe esperar treinta días para una nueva consulta. Vuelve a la casa, pasando de un ambiente monitoreado las veinticuatro horas a un entorno familiar y una rutina, de las no sabemos exactamente que implicancia tuvieron en la descompensación y desarrollo de la enfermedad. Es en ese momento en donde puede ser conveniente una intervención, la cual auspice de mediador entre el régimen de internación del cual el paciente proviene y la dinámica familiar a la que se dirige nuevamente. Se puede pensar que si el individuo se vuelve a insertar en el mismo ambiente existente al momento de su descompensación, con las mismas dinámicas y rutinas, sumado al tiempo que tiene que esperar para la consulta, es factible que vuelva a tener una crisis con la consecuente internación. Al respecto esclarece Cooper (1967):

La *remisión* de la esquizofrenia es ahora muy rápida en el hospital. No obstante, la mayor parte de los esquizofrénicos deben retornar al contexto social en el cual padecieron su postración inicial. En la mayoría de los casos este contexto social es la familia de origen (p. 138).

La cita da cuenta, como se sostuvo a lo largo del trabajo, de la importancia del abordaje del paciente fuera de los muros del hospital. A su vez, evidencia que el trabajo verdaderamente desafiante se encuentra en la cotidianeidad de la persona, en sus vínculos y actividades diarias, lugar en el cual interviene el acompañante terapéutico. Es aquí donde vemos que el trabajo de este es el de dar continuidad al tratamiento, no centrándose únicamente en el paciente, sino trabajando sobre la cotidianeidad del mismo, interactuando con familiares, amigos, instituciones y profesionales tratantes, desplazándose por los espacios que el paciente frecuente. Como menciona Rossi (2007), la continuidad de cuidados no remite únicamente a un mismo sistema de atención, sino que apela a una continuidad dada por la coordinación de distintos sistemas, que trabajen de forma complementaria, para brindarle al paciente una atención que sea sostenida en el tiempo. Evitando de esa forma, períodos prolongados sin asistencia de algún tipo.

Reflexiones Finales

Como se trató de evidenciar a lo largo del trabajo, el dispositivo del acompañamiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia representa un abordaje del sujeto en su mismo territorio. Pretende entablar un vínculo y conocer sobre la persona más allá de la patología, comprendiendo que la enfermedad es solo una parte de su ser, sin olvidar que la misma deviene en función de un constructo social. Desde esta concepción, el acompañante se introduce con precaución en la vida de un individuo que sufre, que padece una compleja enfermedad mental de origen multifactorial. Al ser la esquizofrenia una enfermedad que lleva al sujeto hacia el autismo, el dispositivo del acompañamiento buscará servir de intermediario, de puente entre el paciente y el mundo exterior, el cual a su vez percibe como hostil. Desde un posicionamiento cercano y empático, aunque velando por la distancia óptima, la figura del acompañante se presentará como un apoyo para que el paciente transite su vida, auspiciando de yo auxiliar. Servirá de ayuda para llevar a cabo tareas que solo no podría, como asistir al centro de rehabilitación, realizar trámites, compras, viajar en transporte público, entre otras. Buscará a su vez, ayudarlo a desarrollar un proyecto de vida, el cual dé sentido a sus días y motive el entablar vínculos con el mundo exterior, evitando perderse en el suyo propio.

El dispositivo del acompañamiento terapéutico, comenzó a tomar forma a raíz de aquellos trabajadores de la salud mental como Basaglia, Cooper o Mannoni, quienes dilucidaron los efectos negativos que el encierro, propio del modelo asilar, producía en los pacientes. Propusieron en contrapartida, un abordaje que permitiera trabajar con las personas fuera de los muros del hospital, en contacto con la comunidad. Se buscó con ello reducir las horas de ocio de los pacientes y fomentar el desarrollo de vínculos sociales, lo cual puede llevar a la reducción del estigma social que tanto daño hace a las personas que padecen una enfermedad mental. A su vez, entendiendo la incidencia que los vínculos del sujeto tienen en el desarrollo de la enfermedad, se le dio mayor cabida al contexto del paciente, trabajando sobre su cotidianeidad. Para ello, la consulta mensual con el psiquiatra, psicólogo u otros profesionales de la salud no era suficiente. Se necesitaba de un actor con los conocimientos necesarios, que pudiese estar en contacto con la cotidianeidad del paciente, lugar el cual comenzó a ocupar el acompañante terapéutico.

El acompañante incentiva al paciente a llevar adelante distintas actividades, tanto las concernientes al plan de rehabilitación, como aquellas que le motiven y despierten su interés, dando de esta forma una continuidad al tratamiento. Se presentará por tanto, como un otro que camina junto a él, ofreciendo además de su yo, un “apoyo físico”, un cuerpo en el cual “recostarse” para seguir avanzando. En definitiva, le brindará el soporte para construir un proyecto de vida, pudiendo el acompañado reorganizarse viéndose reflejado en el acompañante, sirviendo este último de espejo.

El interés en desarrollar la presente monografía fue suscitado por la experiencia de haber realizado el acompañamiento a un paciente con esquizofrenia, quien de aquí en más será referido como A.B. Durante el mismo, pude vivenciar la importancia que cobra la escucha libre de prejuicios y la posibilidad de compartir actividades en apariencia triviales, descubriendo a posteriori el potente efecto terapéutico que las mismas encierran. Haberme sumergido en la dinámica de A.B., en sus relaciones familiares, en sus ideas, haber sentido por momentos en carne propia la fragilidad de su mundo y haber prestado mi yo, sirvió para no olvidar que estaba trabajando con una persona con esquizofrenia, pero por sobretodo, con una persona que sufre.

Durante el tiempo que se llevó a cabo el acompañamiento, pude comprender la imposibilidad de trazar un único y brillante camino que conduzca al paciente a su mejora. Día a día, intervención tras intervención, al irse desvaneciendo la distancia acompañante-acompañado, lo fuimos trazando en conjunto. Entonces comencé a pensar que tal vez la ganancia no estaría al final, o no solamente al final, sino que se podría encontrar a lo largo del camino. Como en el permanecer sentado, en silencio pero a la vista, mientras A.B participaba de sus talleres, en acompañarlo a realizar diversos trámites, en compartir un mate, hablar de pájaros, del clima y de bueyes perdidos. Olvidando su condición de paciente esquizofrénico, recordando que ante todo es una persona que manifiesta su malestar de una forma diferente. ¿Y qué es lo diferente? Lo que escapa a lo que una mayoría considera norma. Actividades simples las cuales dieron lugar a que surja lo no dicho, a reconstruir lo perdido y a construir lo que nunca estuvo. A que A.B. sintiera un otro próximo, a que tuviese un lugar de escucha, en el cual a su vez pudiera manifestarse sin temor, y a que encontrase una figura continente que acompañe su proceso resiliente.

El haber podido conjugar continuamente la teoría con la vivencia, resultó en un proceso mucho más rico del que pudiese haber imaginado. Articulación la cual estuvo siempre presente en mis pensamientos y a pesar de no encontrarse explícitamente materializada en este trabajo, lo recorre de principio a fin. Razón por la cual, la potencia de lo escrito cobra más y más fuerza en cada re-lectura que realizo.

Si tuviese que quedarme con un solo concepto, una sola idea que de alguna forma resuene sobre las demás, sería el haber experimentado que, más allá de la teoría y la práctica concreta, lo terapéutico, lo que realmente cura, es el vínculo en sí mismo.

¿Tuvimos éxito A.B. y yo en el proceso que decidimos comenzar? No lo sé, puede que sí. Su mirada fría y distante se hizo más próxima, su semblante rígido como el mármol comenzó a entibiar y al momento de nuestra despedida, aunque sin palabras, pude sentir su agradecimiento y notar que comenzaba a salir de su mundo, dispuesto al contacto con el afuera.

Haber acompañado a A.B, así como la realización del presente trabajo, además de aportar a mí formación como futuro psicólogo y como persona, despertó el deseo de seguir trabajando sobre la temática, con el objetivo de lograr contribuir al abordaje del paciente con esquizofrenia. ¿Es el acompañamiento terapéutico un dispositivo para desarrollar con todos los pacientes esquizofrénicos?, ¿Hay un momento específico de la enfermedad en el cual es conveniente desplegarlo?, ¿Cómo saber en qué circunstancias es conveniente suspender el acompañamiento? Son interrogantes que dan lugar a futuros trabajos que, con la misma finalidad que el presente, apunten a desarrollar abordajes efectivos para trabajar con esta población.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Montevideo, a los 19 días del mes de Octubre 2015

El Sr. Franco Mauro CI: 4.399.607-6 en su calidad de estudiante, otorga por este medio su consentimiento para la inclusión de las informaciones aportadas en el marco de la elaboración del trabajo final de grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República. Autoriza el procesamiento del material recogido en la presente estudio bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales (ley de Habeas Data (N°18.331) y el Decreto N°379-008) que regulan la investigación con seres humanos.

El proyecto no tiene sentido de lucro buscando indagar sobre el acompañamiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia.

Al aceptar las condiciones y términos de participación en este estudio, ha podido preguntar libremente y pedir aclaración de todo lo relacionado con la participación en la presente monografía y habiendo comprendido todos los alcances de esta participación, da su consentimiento para que sus respuestas brindadas en la entrevista sean utilizadas de modo anónimo y confidencial con fines científicos en el marco de la elaboración del trabajo final de grado.

Asimismo está en conocimiento de que podrá retirarse, avisando al entrevistador de esta decisión, sin que esto implique ningún perjuicio personal.

El entrevistador le agradece su tiempo y sus aportes.

Firma del participante: 

Aclaración: Ignacio Porras

CI: 3.224.024-0

Fecha: 28/9/15

Anexo 2

Entrevista a docente de Facultad de Psicología y funcionario del centro de rehabilitación Sur Palermo.

E: estudiante

D: entrevistado

E: ¿Cómo definirías el acompañamiento terapéutico?

D: El acompañamiento terapéutico digamos que es un rol que lo puede cumplir un psicólogo lo puede cumplir un acompañante que tenga digamos estudios al respecto, en donde ayudas a una persona que tenga determinadas discapacidades a poder resolver situaciones por sí misma, a partir de una suerte de teoría de andamiaje vigotskiano, donde uno le presta en cierto punto su aparato de pensar para ayudarlo a resolver situaciones. La idea del at puede aplicarse a personas con trastornos mentales o puede aplicarse a veces a personas con discapacidades mentales derivadas a veces de los años de la persona, de enfermedades como la demencia senil u otro tipo de enfermedad.

E: ¿Específicamente en los pacientes con esquizofrenia porque sería efectivo el dispositivo?

D: En el caso de los pacientes con esquizofrenia es particularmente efectivo como auxilio para que el sujeto pueda organizarse en su casa, con todo lo que ello lleva, sus tiempos, levantarse, armar su esquema de la semana y a veces enfrentar la situación de usar el transporte o moverse en la ciudad para llegar a un centro de rehabilitación o para llegar a la consulta psiquiátrica, es realmente importante como soporte de eso. A veces puede haber acompañamientos terapéuticos más ligado a lo laboral o al estudio, pero como at per se, global, bueno, fundamentalmente en asociación a otras intervenciones.

E: ¿Qué lugar le otorga a la empatía en el lugar de la rehabilitación?

D: La empatía es... en facultad de medicina se trabaja más sobre la empatía. Implica la idea un poco de ponerse en el lugar del otro aunque uno pueda estar en desacuerdo con lo que el otro hace pero poder llegar a entender la lógica que sustenta eso tratando un poco de vibrar a partir de lo que el otro vibra. En el punto del trabajo con el acompañamiento terapéutico, hay que tener cuidado que la empatía no devenga en la pérdida de la distancia óptima, que uno tiene que tener con la persona, considerando que el at pasa mucho rato junto a su acompañado, al

usuario, al paciente, según la denominación. Entonces es fundamental y básica, no es siempre fácil de lograr porque si nosotros a veces trabajamos con alguien que tiene características muy diferentes a nosotros a veces cuesta mucho ponerse en el lugar de alguien que tiene a veces una distorsión de la realidad de carácter crónico o que tiene una retracción autista de orden general, es muy difícil ponerse en el lugar del otro pero también eso se va logrando en la medida en que uno trabaja con la persona, la va conociendo, va viendo cómo reacciona y va tratando de entender la lógica del funcionamiento. Pero es como un principio básico, pienso que es un principio básico para cualquier acto... no sé si para cualquier acto, pero para la generalidad de los actos terapéuticos del psicólogo.

E: ¿Consideras que el vínculo con el esquizofrénico, en un vínculo terapéutico, despierta contra transferencialmente miedos en el terapeuta, lo que puede llevar a un distanciamiento?

D: No pongas en la pregunta el esquizofrénico, pone *la persona que padece esquizofrenia*, porque si pones esquizofrénico terminas generando a partir de una parte del sujeto el todo del sujeto y es una persona que tiene una enfermedad. ¿En cuanto a la contra transferencia decís que cause miedo?

E: Claro, que ponga al terapeuta en contacto con sus propios temores, lo que decía Cooper

D: Bueno si (hilarante), yo que sé, bueno pero Cooper es muy poético también. Siempre está y se dice y se repite como una verdad casi universal de que bueno el trabajo con una persona con psicosis nos enfrenta a nuestros propios temores a la locura o nuestros propios temores a perder la razón, yo no lo veo tan así. Si es claro que hay gente que por ahí coquetea con el acercamiento a ciertas temáticas y eso le despierta ciertas fantasías o ciertos temores y a veces hay cierto temor que tiene que ver con lo propio, no creo que sea algo generalizable. En lo personal a mi no me despierta ningún temor a mi propia locura, ni a caer en la pérdida de la razón ni nada de eso, yo trabajo con gusto con personas que tienen esquizofrenia y no me despierta temores de esa índole y no porque no le hubiera prestado la cabeza a pensar si eso es así, no, porque a veces uno podría decir “bueno, capaz que hay una suerte de negación”, no no, realmente lo he pensado y repensado una y mil veces y no sé, de 10 años de terapia no encuentro que me despierte temor, no va por eso, si por ahí capaz a nivel a veces de los primeros contacto con la temática, son temáticas que no entran dentro de lo común y a veces disparan un poco de, a veces hasta por propia sugestión dispara con ciertas ideas sobre bueno, la realidad,

sobre las realidades alternas y bueno, como construimos la realidad, pero no creo que influya en general al terapeuta más formado, con más experiencia, no es un punto.. por lo general importante. A veces te encuentras con gente que tiene de por sí ciertas características pero más a nivel de personalidad, cierta rigidez de rasgos de personalidad que llevan a veces a cierto, a que el trabajo con personas con esquizofrenia despierta a veces cierta rabia, o despierta cierto enojo por lo pocos logros de la persona con esquizofrenia, que por lo general tiene pocos logros, aunque uno trabaje mucho tiempo hay que contar los éxitos como pequeñas cosas y a veces hay personas que bueno, que tienen como rasgos más narcisistas que les cuesta tolerar de que la gente con la que trabajen no avance, no genere avances significativos, pero... no sé, lo pienso por ahí, capaz me fui un poco por las ramas...

E: Como que hay que manejar un poco la frustración cuando se trabaja con el paciente esquizofrénico

D: Cuando uno trabaja con personas con esquizofrenia, personas con esquizofrenia Franco, ¿sí? Hay que tener muy buena tolerancia a la frustración y más que tolerancia a la frustración como una cuestión de resignación, lo que hay que tener es una valoración más justa de aquellos pequeños resultados. O sea, a veces que una persona logre salir de la casa y tomarse un ómnibus y empezar a ir solo al centro de rehabilitación o ir una vez a la semana a lo de una familiar o esas pequeñas cosas, uno tiene que darle el valor que tienen. Alguien que no trabaje la temática puede decir “a bueno que pavada, estuvieron 6 meses trabajando para que se tomara un ómnibus” Bueno, para una persona en particular con mucha tendencia paranoide, que se persigue fácil, que está muy retraída que por ahí ha pasado dos tres años encerrada en su casa, bueno eso es un giro en la vida del sujeto, el sujeto se encerró hace dos, tres años en su casa y bueno, no sale de ahí salvo una situación muy forzada. A veces ni al psiquiatra va, van los familiares al psiquiatra, cuenta como está y llevan la medicación, cosa que a veces la gente no lo sabe. Entonces bueno en esa persona se cambio el giro, volvió a salir a la ciudad, volvió a ir al psiquiatra, ahí cambia y ta es, debe ser valorado, no para contentarse con eso pero si para entender de qué bueno, es un trabajo que en los casos, estamos hablando de esquizofrenias graves de bueno, donde en realidad hay que luchar contra una evolución que en principio se piensa deficitaria.

E: En el trabajo parto de la base de que trabajar con el paciente es casi tan importante y debe hacerse al mismo tiempo que trabajar con la familia. Porque

bueno el paciente después se va a insertar en la familia que si tiene una dinámica un poco disfuncional sería capaz no retroceder, pero no se estaría avanzando. ¿Viene por ese lado?

D: Está bien. Vos ahí, hay un criterio que es de orden, la discusión etiológica, del origen de la enfermedad, no es una discusión acabada ni cerrada, porque hay varios tipos distintos de teorías, unas más biologicistas, unas más del orden del estrés, otras del orden de las comunicaciones intra familiares. Dentro de ellas, hay algunas que sostienen que sí, que hay ciertos funcionamientos familiares que generan la esquizofrenia. Eso está prácticamente perimido en cuanto a etiología, pero sigue vigente en cuanto a descompensación. Si bien, es difícil encontrar gente que sostenga que la esquizofrenia se puede generar a partir de la comunicación intra familiar, todo lo que es la teoría del doble vínculo, sistémico, si es aceptado por todos los que trabajamos en el área, que la comunicación intrafamiliar genera muchas veces la descompensación del sujeto o que el sujeto no avance, entonces, y no por un tema de que la familia es mala o lo que fuera, solo que a veces la familia no sabe bien cómo manejarse y no se maneja adecuadamente desde lo comunicacional, dando mensajes dobles de difícil codificación. Entonces trabajar con la familia es central para que la familia regule sus expectativas, sepa comunicarse mejor y facilite digamos, pueda apoyar mejor la recuperación de la persona. En los centros y dispositivos más modernos de atención de personas con esquizofrenia el trabajo con la familia es regular, común y de hecho hay muchos centros de rehabilitación que a veces inclusive no se toman personas si no tienen referente familiar y la asistencia del referente familiar a psico educación es una parte obligatoria. Para el at eso hay que ver un poco como está inscripto el at en el sistema, si el at es contratado por la familia específicamente bueno, será una cosa, si el at es parte de un equipo más global, que cubre más parte de un centro de rehabilitación donde hay un interjuego con el psicólogo, con una psicoterapia, ahí habrá que ver si corresponde o no que el at sea la persona con que la familia tenga mayor distancia o es en otro lado. Pero si, la inclusión de la familia es básica, muchas veces no hay familia.

E: En el trabajo tomé el concepto del designado paciente de Cooper, a su vez lo conecte con lo de Regadas de lo psicótico circulante, como un haz de fuerzas circulante que cristaliza en una persona. Entonces con el tema del designado paciente hablaba básicamente de una dinámica familiar que cristaliza en una persona que la denuncia de una forma que socialmente no es aceptada. ¿La pregunta sería qué opinas del término designado paciente?

D: Eso está perimido, no es un tema de lo que opine XXX, eso es un tema perimido, que hace un poco idea al origen de la enfermedad de que bueno, que la familia está enferma y se deposita en el individuo. Empezando de base, hay personas que tienen esquizofrenia que vienen en familias que son perfectamente funcionales y qué bueno que uno los conoces, ve, sabe cómo funcionan y son como cualquier otra familia, no tienen ningún tipo de disfuncionalidad, ni hay tal cosa como una enfermedad familiar, eso tiene que ver con supuestos mas de otrora, que tiene que ver con el psicoanálisis culturalista de la década del cincuenta, del que bueno Regadas capaz es más heredero que yo por un tema generacional, que bueno que llevaba un poco, en la búsqueda de la idea de donde devenía la psicosis bueno la idea un poco de la causa familiar no era solo de la teoría sistémica, el psicoanálisis tuvo... sobre todo el psicoanálisis culturalista de los Estados Unidos tuvo su auge y promocionaron teorías como la de la madre esquizofrenógena y otras más... eso hoy por hoy ha sido ampliamente superado. Si igualmente hay familias que uno ve que son disfuncionales y enfermas en sí mismas y puede que haya uno en el que quede depositada la idea de que es un enfermo y después uno vaya y trabaje con la familia y ve que los enfermos son varios, que los que tienen problemas son varios y a veces es uno el que está designado paciente que de alguna manera al estar el foco ahí se oculta un poco todo eso. Hay veces que también, hay períodos donde y esto también debe de ser tenido en cuenta, el sujeto pasa mal, está muy retraído, se manifiesta más claramente la enfermedad y la tensión de la familia gira en torno al individuo desde el punto de vista de los cuidados y eso muchas veces provoca ciertos descuidos de los hermanos o de los padres u otros miembros de la familia que también tiene sus dificultades. Una vez que el sujeto empieza a estar mejor, que el sujeto comienza a estar más estable, que ya pasó el gran susto, que empieza a haber una aceptación de la situación, a veces se empieza a ver con más claridad o a prestarse más atención y cuidados a otros miembros de la familia, no porque, que a veces se vulgariza diciendo “entonces se demostró que no era el paciente el enfermo y eran otros” no no, el paciente sigue estando enfermo con esquizofrenia, lo que pasa es que no es una cuestión urgente, no es la desesperación de padres que tienen una hijo con 17 año que abandona el liceo, que dice que no entiende nada, que se encierra en el cuarto y ven como delante de sus ojos se frustran un montón de expectativas del chiquilín, de los padres y ahí todo gira en torno, en una familia que se preocupe por sus miembros, la atención gira en torno al miembro enfermo, van a un psiquiatra le dicen que es esquizofrenia, van a otro le dicen que es esquizofrenia, dos, tres, cuatro, buscando que alguno le diga que es otra cosa, que es una crisis de la adolescencia, que es depresión, que

es yo que sé, las malas juntas. Pero no, lo del paciente designado, lo del criterio de la familia enferma, en el caos de la esquizofrenia, hoy por hoy es poco admisible como propuesta etiológica, lo que va a primar es la idea de una vulnerabilidad genética y si, ciertas situaciones del orden de la crianza o de una familia que puede ser disfuncional u otros elementos de estrés y tensión que pueden hacer que el sujeto manifiesta en determinado momento una psicosis crónica. Eso está más o menos aceptado como criterio general desde el 77 a partir del trabajo de Spring y Zubin, es como una suerte de acuerdo. Hay familias locas que no producen miembros con esquizofrenia y hay familias sanas y cuerdas donde hay algún miembro que tiene esquizofrenia.

E: Muchas gracias por tu tiempo.

Referencias

- Amarante, P. (2009) *Superar El Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Aponte, R. (2008). *Familia y Psicosis. Algunas Consideraciones desde la Clínica Psicoanalítica*. Colombia: Pismonart, 2, pp. 53-60.
- Apud, I.; Borges, C y Techera, A. (2009) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Central de impresiones Ltda.
- Bazzano. P. M°. G (2009) *Acompañamiento terapéutico y rehabilitación*. Montevideo: Psicolibros Universitario
- Berthaud, M (1/10/2009) *La escuela experimental de Bonneuil: un "lugar para vivir"*. Recuperado de: <http://rhizomespsychanalytiques.blogspot.com.uy/2010/01/la-escuela-experimental-de-bonneuil-un.html>
- Bustos, G. y Frank, Ma. L. (2011). *Acompañamiento Terapéutico, Innovaciones en la clínica. Inscripción Institucional*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Castillo, R. Villar, M. y Dogmanas, D. (2011). *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. Psicología, conocimiento y sociedad. 4, 83-96. Recuperado de: [file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/102-561-3-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/102-561-3-PB%20(6).pdf)
- Cooper, D. (1967) *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Inglaterra: Tavistock Publication LTD. Reimpresión: Argentina: Gráfica Santo Domingo.
- Dell'Acqua, P., Mezzina, R., Rotelli, F. (s.f) *DESDE EL MANICOMIO hacia los servicios de salud mental en el territorio*. Recuperado de: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- Dorfman, B. (1984) *Nuevo modo de investigar en psiquiatría. El acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 30, pp. 21 – 28.
- Evaristo, P. (2000) *Psiquiatría y Salud Mental*. Trieste: Asterios Editore.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisste, CH. (1978) *Tratado de Psiquiatría* (octava edición). Barcelona: Masson S.A.

Fernández, A. (2012) *La función de la amistad antes el dolor psíquico y su relación con la intervención clínica*. Trabajo de grado presentado para optar al título de Magister en Psicología Clínica. Universidad de la República. Montevideo: Uruguay.

Florit-Robles, A. (2006). *La Rehabilitación Psicosocial de Pacientes con Esquizofrenia Crónica*. 24 (1-3), 223 – 244. Recuperado de: <file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/104-207-1-SM.pdf>

Freud, S (1923-1924) *Neurosis y Psicosis* (Vol. 19, pp. 151-176) Buenos Aires: Amorrortu

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

Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Bs. As.: Paidós

Gejman, P y Sanders, A (2012). *La Etiología de la Esquizofrenia*. Medicina, 72, 227-234. Recuperado de: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/22763160.pdf>

Gonzales Regadas, E. (1992) *Transferencia en lo Psicótico*. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, 4.

Jorge, G. (2005), *Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas*. Buenos Aires: Letra Viva.

Julien, P. (s.f), *El Retorno de Freud de J. Lacan*. Cap. II *Mí querido semejante mi espejo*.

Ledesma. L. C (2013) *Senderos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. (Tesis doctoral) Universidad Complutense, Madrid.

López Ibor, J.J y Valdez Miyar, M, (Eds.) (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981) *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Editorial Labor S.A.

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

Pankow, G. (1979) *Estructura Familiar y Psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós

- Pulice, G. (2011) *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva
- Rossi, G. (2007) *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Rossi, G. (2005) *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/Elacompanamiento terapeutico y los dispositivos alternativos de atencionala salud mental.pdf](http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamiento%20terapeutico%20y%20los%20dispositivos%20alternativos%20de%20atencion%20a%20la%20salud%20mental.pdf)
- Tizón, J. (2010) *¿Uno por ciento esquizofrenia?* Archivos de psiquiatría, Vol. 73. Recuperado de:
- Tolosa, D. (2014) *Manual Práctico del Acompañamiento al Auxiliar Terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Akadia.
- Sarason, I. (1981) *Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. México: Editorial Trillas S.A
- Seguin, C. (1960) *Existencialismo y Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Silvestre, M., Ingelmo, Jg. & García, A. (2013) *Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 33 (117), 289-300. Recuperado de: <file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/16606-16701-1-PB.pdf>