



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 3 – Invierno 1995 – 96

Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización

Antonio Tarí García

Leonel Dozza de Mendonça (1)

Partiendo de cuestiones referentes a la rehabilitación y reinserción social de pacientes crónicos -y las manifestaciones contratransferenciales y estereotipos que surgen en este contexto-, los autores proponen algunas líneas de reflexión para pensar el cuidado de los cuidadores en Salud Mental. En este sentido, señalan la falta de teorización dinámica en este campo, y hacen un intento de conceptualización a partir de la Concepción del Acompañamiento Terapéutico.

1. Introducción

Para pensar el tema del cuidado de los cuidadores en Salud Mental, es fundamental tener en cuenta el conjunto de escisiones que la caracteriza. En este sentido, cabe señalar que la ya conocida *escisión entre teoría y práctica* es un hecho histórico relativamente reciente.

En términos generales, diríamos que la práctica clínica de la psiquiatría tradicional es bastante coherente con su discurso organicista. Aquí, casi no hay escisión entre teoría y práctica, pues lo que está escindido es el paciente, es decir: lo orgánico escindido de lo psíquico; lo individual escindiendo de lo familiar y social, etc.

¹ Antonio Tari es psiquiatra. Coordinador del Centro de Día Romareda. Zaragoza.

Leonel Dozza es psicólogo. Madrid.

Por otra parte, al emprender el camino hacia la superación de dicha escisión, nuestro proyecto moderno para una Psiquiatría Social no hizo mucho más que desplazar el eje de la misma, ya que tomó la ruta que conduce hacia la escisión entre teoría y práctica.

Dicha escisión va a marcar una serie de *deposiciones* en la configuración vincular que se establece entre profesional, paciente, familia y sociedad. Un ejemplo de ello lo encontramos al observar que, poco a poco, las puertas de los psiquiátricos fueron siendo abiertas, y -con más o menos dificultades- los pacientes empezaron a salir. Sin embargo, los profesionales siguen dentro.

Desde este punto de vista, y en lo que se refiere a insertarse en lo social, ¿no podríamos decir que los profesionales están encontrando tantas dificultades como los pacientes?

Aquí, la deposición surge de la negación de dichas dificultades -por parte de los profesionales-, y la construcción de ideologías, teorías y prácticas, en donde se sostiene (explícita o implícitamente) que son *sólo* los pacientes los que no poseen recursos para insertarse en lo social.

Durante mucho tiempo, se ha sostenido que son sólo los enfermos los que necesitan del hospital psiquiátrico. Luego (sobre todo a partir del movimiento antipsiquiátrico), se reconoció que la familia y la sociedad también lo necesitan para protegerse de los fantasmas de la locura (contagio, agresividad, desorden social, escándalo público). Y ahora, nos encontramos con que todo intento de Reforma Psiquiátrica se encuentra obstaculizado por el hecho de que a los profesionales les cuesta "salir" del hospital psiquiátrico.

Para seguir adelante, hace falta plantear qué entendemos por "salir del hospital psiquiátrico". Desde luego, no se trata de abandonar o extinguir dichos hospitales, ya que los mismos siguen siendo necesarios en muchos casos. Para aclarar esta cuestión, conviene diferenciar lo que es "salir hacia dentro" del "salir hacia fuera".

Uno de nosotros (Leonel) ha realizado experiencias en Acompañamiento Terapéutico de pacientes psicóticos, que se define en cuanto práctica clínica y asistencial realizada en el contexto sociocomunitario (calles, casa del paciente, medios de transporte público, centros culturales, etc.).

A través de esas experiencias -realizadas a nivel clínico, de formación y supervisión- pudo observar que, a pesar de estar en el contexto sociocomunitario, muchas veces el acompañante terapéutico acaba reproduciendo -en el vínculo con el paciente- las "ideologías psiquiatrizantes" que rigen el hospital psiquiátrico; es decir: físicamente, acompañante terapéutico y paciente están fuera del manicomio; pero, desde el punto de vista vincular, siguen *dentro*. A ese fenómeno, observable en muchas propuestas progresistas de rehabilitación y reinserción social, denominamos "salir hacia dentro".

Desde lo planteado, destacamos otro aspecto de la escisión entre teoría y práctica en el contexto de las Reformas Psiquiátricas, a saber: se abren las puertas de algunos hospitales, y se construyen centros de día, ambulatorios, etc. Además, se cambia la

disposición de los muebles y los roles de los profesionales. Sin embargo, *casí no hay propuestas de formación que contribuyan a cambiar los "muros mentales" que llevamos internalizados*; con lo cual, a pesar de los cambios en las estructuras concretas, en nuestras actitudes seguimos reproduciendo la institución psiquiátrica. En otros términos: para "salir hacia fuera", no basta con abandonar los muros concretos del hospital psiquiátrico.

En Salud Mental, suele haber cierta tendencia a enfrentamientos entre "progresistas y clásicos". Sin embargo, en nuestros días ya no se trata tanto de denunciar y cambiar el hospital psiquiátrico o la psiquiatría tradicional, y si dichas ideologías psiquiatrizantes que llevamos internalizadas, por más que creamos pertenecer al bando de los "progresistas".

De ahí, que podríamos plantear una formulación general, aunque relativa, en el sentido de que *cada vez que denunciarnos al otro, confesamos algo de nosotros mismos*.

En este punto se abre el camino que apunta hacia el tema central que proponemos discutir: el del cuidado de los cuidadores en Salud Mental. En este sentido, interesa señalar la falta de teorización, y propuestas de formación, que abarquen la especificidad de esta tarea y contribuyan al cuestionamiento de los "muros mentales" que la obstaculizan.

2. La Rehabilitación como emergente

Aunque las prácticas rehabilitadoras ya habían sido el motor del movimiento de desinstitucionalización de los enfermos mentales, los discursos rehabilitadores aparecen institucional y socialmente como resultado de una situación nueva, basada en la tendencia asistencial a los pacientes crónicos en la comunidad.

La rehabilitación no ha aparecido como problema hasta que los encuadres tradicionales (psiquiátrico y psicoanalítico) han aceptado que son desbordados por las exigencias de la clínica. Siguiendo a Luchina, diríamos que la enfermedad y las situaciones a ella ligadas han procesado los encuadres, han hecho que estos evolucionaran, permitiendo que se modificara la teoría y la concepción de la enfermedad.

Observamos en las concepciones que han profundizado en un enfoque psicosocial y vincular del enfermo mental, que se ha trabajado en otros campos que el estrictamente terapéutico, como la prevención, psicohigiene, y profilaxis. Sin embargo son escasos -por no decir inexistentes-, los trabajos o investigaciones sobre la rehabilitación, a pesar de que el concepto de prevención terciaria es relativamente antiguo.

El campo de la rehabilitación aparece como poco delimitado, polisémico, y a menudo definido en negativo: "Aquellas actividades que no son tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico". Creemos que recoge la necesidad de intervenciones diferentes y útiles para la asistencia a los pacientes graves, que vayan más allá del reduccionismo de la psiquiatría médica. En este sentido, nos parece interesante el modo de calificar a la rehabilitación que tiene Sarraceno, como "prácticas a la búsqueda de una teoría" y, más aún, la definición más positiva de L. Tagliabue: "La rehabilitación como compleja y rica forma de iniciativas con las cuales se acompañan los pacientes más graves en un recorrido articulado y prolongado en el tiempo".

3. El problema a afrontar: la cronicidad en la comunidad

La cronicidad consiste en un fenómeno complejo, resultado de un proceso de interacción entre el paciente y su entorno.

Las personas calificadas como crónicas se ven envueltas, como consecuencia de una serie continuada de fracasos, en lo que Spivak llama "espiral desocializadora". A esta espiral contribuyen tanto los pacientes como el contexto grupal-institucional en que viven, y cuyo resultado final es el aislamiento y la ausencia de cualquier tipo de expectativas positivas respecto a ellos.

Las etiquetas diagnósticas tienen pocas implicaciones para la elaboración de estrategias terapéuticas, además de no servir para describir los problemas prioritarios de los pacientes. A ello se podría añadir que, cuando el proceso de socialización se ha producido durante demasiado tiempo, muchas veces la especificidad psicopatológica ya no existe.

Creemos que estas reflexiones tomadas de Spivak, por su sencillez e importancia, pueden ser el punto de partida de cualquier análisis, aunque sea crítico, sobre el problema de la asistencia a los pacientes graves.

Si bien todos los pacientes expresan su sufrimiento en las distintas aéreas de conducta, diríamos que en estos pacientes el malestar psíquico se transforma automáticamente en malestar interpersonal y social. Los temores persecutorios dan lugar inmediatamente a la huida a través de conductas autistas o las crisis. Esto hace que "Una intervención de tipo exclusivamente ambulatoria centrada sobre el análisis de lo vivido a través de la comunicación verbal en un setting confinado en el espacio y el tiempo, muestra unos límites insuperables".

Podríamos pues, definir también la cronicidad como aquellas características de los pacientes que les impiden beneficiarse o son insuficientes los tratamientos considerados clásicos, concretamente los fármacos y/o la psicoterapia.

En muchos de estos pacientes "no accesibles a la terapia psicológica", observamos síntomas de incapacidad y cronicización junto al deterioro progresivo de los vínculos familiares, con conflictos violentos en el seno del grupo familiar y la constitución progresiva de depositaciones masivas tendentes a la segregación del miembro enfermo.

4. Manifestaciones contratransferenciales que provoca el cuidado de los pacientes graves

Si en el apartado anterior tratábamos, con una cierta distancia, de delimitar qué entendemos por paciente grave, crónico, severamente perturbado o como queramos llamarlo, en éste querríamos examinar el vínculo que estos pacientes y sus cuidadores establecen.

El hecho de considerar a un paciente como crónico, puede ser considerado ya como un indicador de intensos sentimientos contratransferenciales.

Estos sentimientos contratransferenciales van a influenciar la relación tanto con el paciente como con sus primitivos y también actuales cuidadores: su grupo familiar.

Es característico el fenómeno de segregación del miembro enfermo, como ya hace muchos años señaló Pichón-Rivière y otros. Pero con cuanta facilidad, cuando nos manejamos con este concepto, establecemos –a nivel teórico y, lo que es peor, prácticamente- una alianza con el paciente en contra de la familia.

Por eso, al analizar el lazo que establece el paciente crónico y su familia, preferimos hacer hincapié en el intento de eliminación de los vínculos sentimentales, tiernos y afectuosos. Este intento de eliminación actúa como conducta defensiva frente al conflicto vincular crónico.

Hablando del tratamiento institucional de los pacientes psicóticos, señala H. Chaignau: “Más modernas son las nociones según las cuales un enfermo psicótico, en particular un esquizofrénico, *instituye* donde está, un modo relacional que tiende a reproducir el sistema familiar”.

Existe pues, el peligro de que el dispositivo asistencial recree el conflicto, la manera de manejarlo y la solución. Peligro pues, de recrear la segregación y el abandono dentro del dispositivo asistencial, pero a veces también fuera, reproduciendo el fenómeno de la “institucionalización a domicilio”.

Una variante particular de esta institucionalización, consiste en depositar el trato de estos pacientes al personal menos cualificado, siendo abandonados unos y otros por el resto del equipo.

Así, sucede que aquellos profesionales que durante mayor tiempo participan de la cotidianidad del paciente, son los menos capacitados formativamente para reconocer e instrumentar la contratransferencia. Aparecen como condenados a manejarse con esquemas referenciales primarios tantas veces teñidos de prejuicios e ideologías, y que el trato con el psicótico parece contribuir a consolidar en vez de a cambiar.

Aquí observamos la reproducción de la vieja ideología manicomial, que también generaba esta doble segregación.

Es habitual describir como los sentimientos más frecuentes son la ira, el miedo, la impotencia y la confusión frente a determinadas conductas del paciente. Más interesante nos parece la discriminación que Hochmann realiza de los sentimientos que provoca el confrontarse con el universo psicótico: el sentimiento de invasión, el no poseer espacio propio, de ser parasitado; el sentimiento de vacío, de ser vaciado de nuestros contenidos mentales, de no poder guardar nada en nosotros que sea bueno y creador y el “último sentimiento –que los otros tenían la misión de recubrir-, un sentimiento de inanidad y de no

sentido, de absurdez total, un tipo de anti pensamiento que paraliza la institución en un grotesco simulacro de vida”.

Destacamos también que las reacciones emocionales pueden ser diversas en función de la edad, sexo, rol, y que esto puede dar lugar a fenómenos de disociación e incluso enfrentamientos entre los profesionales encargados de abordar situaciones psicóticas. De nuevo podemos observar, reproducidas en el interior del equipo, dinámicas similares a las descritas por los pioneros de la terapia familiar.

Varios autores han señalado que el contacto con pacientes psicóticos despierta e intensifica las ansiedades psicóticas del profesional. Dichas ansiedades son especialmente intensas en aquellos que participan en la cotidianidad del paciente e intervienen en el contexto sociocomunitario. Aquí, el cuidador se encuentra sin la protección del *setting* psiquiátrico (normas, rituales, apoyo de otros miembros del equipo, tratamientos físicos y medicamentosos, chaleco de fuerza, etc.).

En este sentido, conviene señalar otro aspecto de la escisión entre teoría y práctica.

Por un lado, el discurso de la rehabilitación y reinserción social está de moda. Además, se reconoce que el trabajo realizado en el contexto sociocomunitario es fundamental y, sin duda, uno de los más difíciles. Por otro lado, los profesionales que realizan esta labor -si es que se llega a realizar- suelen ser los que tienen menos formación y el status menos privilegiado dentro del equipo.

Teniendo en cuenta lo planteado, resulta interesante observar que a veces los profesionales encargados de la rehabilitación y reinserción social, ocupan en el equipo un lugar análogo al del psicótico en la familia. Por un lado, son vistos como una especie de héroe, que alberga en sí la esperanza de llevar adelante el pretencioso proyecto de liberación del loco (de la misma forma que el psicótico es “visto” como esperanza de salvación de la estructura familiar, ya sea como agente de cambio o depositario de sus tensiones y conflictos). Por otro lado -y al igual que el psicótico-, estos profesionales son “colocados” en un lugar que no les posibilita pensar: no tienen la protección del *setting* psiquiátrico, ni tampoco esquemas de referencia teóricos que les oriente en su tarea específica; por lo cual, tampoco pueden establecer un encuadre a partir del cual pensar la transferencia y la contratransferencia.

En resumen: de forma análoga a lo que le pasa al psicótico, estos profesionales (muchos de ellos cuidadores) muchas veces se encuentran expuestos y desnudos ante sus ansiedades psicóticas: en gran medida, sólo pueden defenderse a través de la estereotipia y la burocracia.

Puede que con ello expliquemos algo de lo anteriormente planteado, a saber: que los profesionales tampoco encuentran recursos para insertarse en lo social. Cuando decimos “insertarse en lo social”, nos referimos a la organización de recursos que posibiliten al profesional “salir hacia fuera”. En este sentido, da igual que uno esté dentro del hospital

psiquiátrico o en la comunidad: *afuera es el "lugar" desde el cual uno puede pensar sus propias ideologías psiquiatrizantes y su contratransferencia.*

Resulta fundamental señalar que las ansiedades psicóticas del profesional pueden ser el motor de su trabajo, así como la materia prima que le posibilita establecer una comunicación auténtica con el paciente. Sin embargo, si no son cuidadas (a través de la formación, supervisión, reuniones de equipo, etc.), dichas ansiedades generan determinadas conductas defensivas, que en la práctica van a manifestarse bajo la forma de estereotipos asistenciales en la rehabilitación y reinserción social de pacientes psicóticos crónicos.

5. Estereotipos asistenciales

Queríamos pasar a analizar algunos estereotipos asistenciales, en el cuidado de pacientes crónicos, siguiendo la enumeración que hacen Pascarelli y otros. Apuntamos que estos estereotipos pueden ser considerados como conductas defensivas institucionales frente a ansiedades psicóticas.

Un apunte tan sólo, sobre un estereotipo asistencial que el lector no va a ver reflejado en esta enumeración, y que quizás es el más frecuente y al que hemos hecho referencia en otras partes del artículo; se trata del abandono, ya sea éste manicomial o en la comunidad.

a) Asistencialismo.

Queremos destacar el enfoque funcionalista que este estereotipo comparte con el pedagogismo. Ambos dividen o fragmentan al sujeto en una pluralidad de modalidades comportamentales o de capacidades sociales.

"La intervención se realiza sobre el déficit recogido como objeto aislado y separado".

El sujeto desaparece en esta multiplicidad, ya no es el sujeto el que ha de ser atendido, sino un conjunto de necesidades despersonalizadas.

En todo proceso de aprendizaje (Bleger) -y la rehabilitación lo es fundamentalmente- vemos aparecer momentos de hostilidad como resultado de la frustración inherente al hecho de aprender. El asistencialismo, como conducta defensiva, surgiría del temor por parte del profesional a ser el depositario de esa hostilidad, sin la cual ningún aprendizaje sería posible.

Lo que en el profesional aparece como conducta de la que hay que defenderse, en el paciente aparece como necesidad psicológica (indisolublemente unida a la necesidad material).

Se trata muchas veces de evitar que surja el conflicto dentro del vínculo, mediante la satisfacción inmediata de todas las demandas manifiestas o a través de una definición rígida de la asistencia como satisfacción material de necesidades. Con ello se bloquea que algo de lo personal se pueda colar en la relación. A la vez, esta satisfacción de necesidades queda

incluso escindida de la potenciación de la autonomía para la satisfacción presente y futura de esas mismas necesidades.

Este planteamiento condena al paciente a la pasividad, la dependencia y la imposibilidad de evolución.

Vemos pues, como el asistencialismo reproduce desde otro punto de vista el viejo esquema médico de la relación con el cadáver: se trata de atender las necesidades como ser social, pero es precisamente ese ser social, en lo que tiene de más radical, lo que es eliminado.

b) Pedagogismo.

Un apunte sobre el contexto asistencial en el que surge este estereotipo asistencial, parte de una división entre curación clínica y curación social, considerando a la primera como objetivo de la terapia, mientras la segunda sería el objetivo de la rehabilitación. La relación entre ambas y entre los equipos que las sostienen está llena de ambigüedad.

Desde esta perspectiva pedagógica, se trataría de corregir con técnicas fundamentalmente de origen comportamentalista, la adaptación del sujeto a las normas sociales. El tipo de vínculo es similar al de maestro-alumno (diríamos del tipo maestro-alumno más clásico y autoritario).

El aprendizaje de habilidades sociales aparece como la actividad que caracteriza este enfoque. Recordar aquí brevemente lo que señalaba Sarraceno en una reciente entrevista aparecida en el nº 3 del Boletín de la A.M.R.P. (1995), "Con los psicóticos yo creo que, más que todo, se ha perdido el deseo de ejercer las capacidades, más que la capacidad técnico-cognitiva de tener las capacidades".

El pedagogismo como conducta defensiva, surgiría frente al miedo a la confusión y al caos que aparecen en relación al psicótico. Estas ansiedades impulsan al profesional a aferrarse a soluciones rápidas o a pedir respuestas a un programa prefijado, con el fin de evitar tener que pensar y tener que sentir.

Al ocupar el lugar del saber, logra aplacar la confusión, a la vez que el paciente se ve destinado a ocupar el lugar del no saber...sobre todo si es "buen alumno".

Paradójicamente, en esta perspectiva conductual, el profesional y el dispositivo de cuidados aparecen borrados como concausa de la conducta del paciente. No se quiere tener en cuenta las motivaciones actuales en el aquí y el ahora de la conducta, fundamentalmente el hecho de que la conducta del otro está influida por la propia conducta.

c) Psicoterapismo.

Definimos el psicoterapismo como el intento de trasladar mecánicamente los encuadres psicoanalíticos o psicoterapéuticos, característicos de lo privado, a la práctica institucional.

Creemos que la crítica al psicoterapismo, se podría hacer desde la constatación práctica y ética de que los profesionales que trabajan en los dispositivos comunitarios de Salud Mental tienen que dar respuesta, intentar curar a todos los pacientes sin hacer selecciones (al menos conscientemente).

Como señala R. Siani, "un modelo acaba por seleccionar los casos, aquellos en los cuales una cierta técnica puede ser aplicada"; o trata de ajustar todas las situaciones clínicas a un único *setting*, encajando cualquier tipo de fenómenos en un molde prefijado.

Es nuestro intento utilizar la comprensión psicoanalítica en todos y cada uno de los espacios asistenciales, sin que el psicoanálisis o la psicoterapia queden reducidos a ser un cuerpo extraño dentro de la institución, aunque ocupen una posición de supremacía.

Creemos que cuando el psicoanálisis o la psicoterapia se instauran en la institución, debe hacerse teniendo en cuenta el resto de encuadres y actividades asistenciales en torno a las necesidades concretas de este tipo de pacientes graves y a los objetivos de la institución. En caso de no hacerlo así, se produce una disociación, cuyos primeros efectos será la escisión de los pacientes entre aquellos que son susceptibles de ser tratados –utilizando términos de Balint- con una medicina centrada en el enfermo, y otros con una medicina centrada en la enfermedad.

Otra consecuencia importante será una disociación entre lo que se habla y lo que se hace, disociación que se sostiene estableciendo una supremacía del hablar y donde el hacer aparece "como útil, pero secundario sostén".

Creemos que el psicoterapismo provoca también una escisión no operativa en el equipo de profesionales: la custodia o el entretenimiento para unos, la actividad psicoterapéutica dual para otros. Esta escisión se utiliza como conducta defensiva frente a ansiedades confusionales y persecutorias por desinstrumentación, que surgirían al salir de aquello conocido.

6. Acompañamiento terapéutico: una mirada crítica sobre los estereotipos asistenciales

"Desde lo planteado, surgen dos líneas de reflexión: la primera se refiere a la importancia de la formación, supervisión y reuniones de equipo, en cuanto dispositivos que contribuyen a contener y operativizar las ansiedades despertadas en los cuidadores. Fundamentalmente, dichos dispositivos posibilitan *pensar*, es decir: "salir hacia fuera". Por otra parte, hay una segunda línea de reflexión intrínsecamente vinculada a la primera y relacionada con la teorización de las prácticas realizadas por estos profesionales.

Bleger ya había señalado que las instituciones son depositarias de la parte psicótica de nuestra personalidad. Si partimos del principio de que toda teoría es una institución, resulta evidente que el construir y tener un esquema de referencia teórico, es un factor importante de contención de las ansiedades psicóticas.

Quisiéramos llevar esta *sugerencia* blegeriana a la práctica y proponer algunas líneas de reflexión. Para ello, nos apoyaremos en los estereotipos asistenciales anteriormente descritos, señalando las diferencias entre estos y lo que se podría denominar la concepción del Acompañamiento Terapéutico.

Según esta concepción, el cotidiano es la morada de los afectos y vínculos más primitivos e intensos. Por lo tanto, participar en la cotidianeidad del paciente supone un alto grado de ansiedad para el profesional. Desde esta perspectiva, se podría decir que los estereotipos asistenciales derivan de una organización defensiva contra dicha ansiedad.

Al decir que el acompañamiento terapéutico es una práctica clínica y asistencial, queremos significar que el acompañante terapéutico interviene en la realidad concreta del paciente (por ejemplo: acompañándole al mercado o al dentista, ayudándole a organizar sus horarios y cuestiones burocráticas, etc.). Sin embargo -y esto marca la principal diferencia respecto a los estereotipos asistenciales-, su principal herramienta de trabajo es el vínculo afectivo (transferencia y contratransferencia) que se va estableciendo durante la realización de estas actividades cotidianas.

La tarea, que da sentido al establecimiento de estos vínculos afectivos, podría ser definida en términos de curación, rehabilitación, reinserción social, mejoría en la calidad de vida, etc.; lo cual marca otra diferencia respecto a los estereotipos asistenciales. En estos, hay una negación de los vínculos afectivos, y la tarea es definida -explícita o implícitamente- en términos de asistir, enseñar o hacer terapia en el sentido clásico del término.

Por otra parte, la tarea así definida nos permite entrever que -a la vez que intenta negar los vínculos afectivos-, los estereotipos asistenciales son conductas defensivas vinculares, es decir: para que pueda asumir su rol, el profesional necesita adjudicarle otro al paciente, que es complementario al suyo.

Así, en el asistencialismo hay que adjudicar, al paciente, el rol del que no posee recursos para insertarse en lo social (noción de defecto), para que el profesional pueda atribuirse el rol del que los posee y se los puede brindar. En el pedagogismo, el paciente debe ser el que no sabe, para que el otro pueda ocupar el lugar del que sabe y enseña; y en el psicoterapismo, el psicótico es "convertido" en neurótico, para que el terapeuta pueda mantener el *setting* y la postura analítica. Es decir, se establece toda una trama vincular para que el profesional pueda aplicar *su técnica*.

En cambio, podríamos definir el acompañamiento terapéutico en cuanto *clínica del cotidiano*. En este sentido, tumbarse con el paciente en el césped de un parque, pasar una tarde viendo la tele o charlando en una cafetería, etc.; son intervenciones tan importantes como la tarea estrictamente asistencial. Es a través de la inserción en el cotidiano del paciente, que se abren las mayores y mejores posibilidades de establecer un vínculo afectivo y terapéutico.

Uno podría objetar que no hace falta un profesional cualificado para, por ejemplo, estar tumbado con el paciente en el césped de un parque; pero esto no es cierto. Es

interesante observar cómo el personal de Salud Mental suele moverse entre dos extremos si tienen el paciente delante, necesitan estar interviniendo o haciendo alguna actividad planeada y estructurada. El otro extremo sería que, si no hay dicha actividad, no hay nada que hacer y, por lo tanto, no hace falta la presencia de un profesional.

Es decir, que en nuestra (de)formación hemos aprendido a adoptar siempre una postura tecnificada; con lo cual, el paciente se ve privado en lo que se refiere a la participación en relaciones y actividades cotidianas normatizadas. Por otra parte, señalamos que esta "postura tecnocrática" adoptada por los profesionales, pertenece a un contexto social más amplio.

Sobre todo en las sesiones de acompañamiento terapéutico, es muy común observar cómo uno cambia su actitud al darse cuenta de que se encuentra ante "un tipo raro"; cambia el tono de voz del panadero, que ahora parece hablarle a un niño; la tendera se vuelve demasiado permisiva, el portero se asusta y se pone agresivo; la vecina de la derecha demuestra una simpatía exagerada, y atiende indiscriminadamente a todas las demandas del paciente; la de la izquierda, se aparta del camino para no tener que saludar; el grupo de adolescentes se ríe histéricamente, etc.

Estas actitudes sociales ante el personaje del loco, también aparecen en nuestras actitudes profesionales, ya sea de forma explícita o encubiertas por una postura tecnocrática. Es en este sentido que decíamos que hace falta un profesional cualificado para, por ejemplo, tumbarse con el paciente en el césped de un parque. La intervención, aquí, consiste simplemente en adoptar una postura diferente de las que se adopta en los estereotipos sociales y asistenciales. Pero, para dejar de ser "profesional" -en el sentido estereotipado del término-, hace falta una formación profesional específica; casi diríamos una *formación desprofesionalizante*.

Parece ser que Searles era muy consciente de estas cuestiones, y por ello podía permitirse pasar varias sesiones hojeando revistas, sin tener la sensación de que con esto dejaba de realizar una tarea terapéutica con el paciente.

A partir de estas cuestiones generales, quisiéramos señalar algunos elementos específicos a partir de los cuales la concepción del acompañamiento terapéutico intenta abordar el tema de los estereotipos asistenciales.

Siempre que estén articuladas, creemos que una actitud asistencial, pedagógica y psicoterapéutica, son fundamentales en el tratamiento de pacientes psicóticos. Por lo tanto, dichas actitudes sólo deben ser consideradas estereotipos asistenciales cuando: 1) se opta por una de ellas en detrimento de las demás, y/o 2) aparecen teñidas de ideologías psiquiatrizantes.

En lo que se refiere al asistencialismo, habría que diferenciar el "paternalismo asistencial", de lo que sería la labor de *maternaje* realizada en el acompañamiento terapéutico. Winnicott hizo hincapié en que la inmadurez yoica del bebé, en las primerísimas etapas del desarrollo, demanda que la madre se adapte casi el cien por ciento a sus

necesidades, es decir que le brinde un apoyo yoico. Poco a poco, en la medida en que el Yo del bebé se va organizando y fortaleciendo, la madre disminuye la provisión de dicho apoyo yoico (retirada materna), y con ello contribuye a que su hijo vaya conquistando una mayor independencia y autonomía.

Según el autor, un fallo significativo en estas etapas iniciales provoca un bloqueo en el desarrollo normal, generando lo que en términos clínicos se denomina psicosis. Desde este punto de vista, el paciente psicótico debe de ser considerado como poseyendo una organización yoica inmadura que demanda una labor asistencial, es decir: que le brinde un apoyo yoico (maternaje).

Sin embargo, al decir que el paciente psicótico posee una organización yoica inmadura, ello no significa que hay que tratarle como si fuese un niño. Quizá éste sea uno de los equívocos del asistencialismo, en el cual la labor de maternaje es remplazada por el paternalismo. En el maternaje, debe de estar incluida la noción de proceso, en que la provisión del apoyo yoico va disminuyendo poco a poco. En cambio, el paternalismo fomenta la cronificación y dependencia, ya que se atiende exclusivamente a las necesidades materiales del paciente, sin tener en cuenta sus necesidades psíquicas.

Para evitar malentendidos, quisiéramos insistir en que, si el paciente es adulto, hay que tratarle como tal. El espacio del que disponemos en este artículo, no nos permite profundizar en la diferencia entre la labor de maternaje y la infantilización. En este sentido, nos limitamos a señalar que *adaptarse a las necesidades yoicas* del paciente (maternaje), no es lo mismo que *atender indiscriminadamente a sus demandas*.

Si el opuesto complementario del maternaje es la retirada materna, el del paternalismo es el abandono o, mejor dicho: el paternalismo/asistencialismo es una forma encubierta de abandono. Para seguir adelante, habría que pensar qué es lo que genera este "paternalismo abandonico".

Siempre que se les brinde espacios en que puedan expresarse con libertad y confianza, los cuidadores suelen manifestar intensos sentimientos de odio hacia los pacientes psicóticos. Cuando es posible analizar dichos sentimientos (en una supervisión, por ejemplo), es muy común encontrar que el odio es una manifestación secundaria, es decir: antes de odiar, el cuidador se sintió impotente y angustiado frente a una situación planteada por el paciente, o se sintió amenazado física y psíquicamente, o intensamente frustrado porque la actitud del paciente no correspondió a sus expectativas omnipotentes.

Cuando es posible trabajar sobre tales sentimientos, es muy corriente que el odio sea reemplazado por la depresión, la impotencia, el miedo, etc. A pesar de ello, los cuidadores suelen sentirse aliviados cuando pueden llegar a reconocer su odio y sentimientos subyacentes.

Sin embargo, cuando no están siendo cuidados, los cuidadores suelen manifestar dos tipos de actitudes. En una de ellas, se adopta una postura abiertamente hostil hacia el paciente, ya sea a nivel moral (menosprecio, arrogancia) o físico (agresiones, sometimiento).

La otra alternativa, sería negar y reprimir el odio y los sentimientos de culpa derivados de éste.

Desde esta segunda perspectiva, el asistencialismo paternalista sería un intento ineficaz de mantener la represión de dichos sentimientos, a través de la identificación con una figura de madre buena y omnipotente; pero, a la vez, acaba siendo una forma de actuación del odio inconsciente, ya que contribuye a aniquilar la individualidad y autonomía del paciente. El resultado es que esto genera más sentimientos de culpa (inconscientes), con lo cual, se incrementa la necesidad de adopción de una postura paternalista: se ha cerrado el círculo vicioso.

Lo anteriormente planteado está directamente relacionado con el pedagogismo. Aquí, el paciente es visto como alguien que no sabe, es decir; que no posee los conocimientos y recursos conductuales necesarios para adaptarse socialmente. En este sentido, el pedagogismo también sería una organización defensiva, ya que en la psicosis no se trata tanto de un *no saber*, sino más bien, de un *no poder*: el paciente posee muchos de los recursos necesarios para insertarse socialmente y administrar su vida; sin embargo, *no puede* utilizarlos debido a su derrumbe afectivo.

"[...] Se ha observado, desde la práctica clínica, que cuando un paciente psicótico se siente contenido es capaz de lograr niveles de organización y autonomía que parecía no poseer [...] Por lo tanto, no se trata tanto de *entrenar* a los pacientes psicóticos en *habilidades sociales*, sino de contenerlos. Se podría decir que la contención promueve la autonomía, y ésta, abre posibilidades de nuevas inserciones [...]" (Mendonça, 1992).

En su labor, el acompañante terapéutico puede adoptar una actitud pedagógica. Sin embargo, mientras "enseña" algo, debe detener en cuenta que lo más importante en este momento es saber si el paciente se siente contenido o no.

Por ejemplo: la familia solicita que el acompañante administre el dinero del paciente durante las sesiones de acompañamiento terapéutico. Esta demanda se debe a que han observado que el paciente "no sabe" pagar el autobús (no espera la vuelta, no coge el billete, etc.).

En un primer momento, el acompañante puede atender a esa demanda. Sin embargo, lo más importante es que el paciente sienta -durante los recorridos que van desde esperar el autobús hasta bajar en la parada- que el acompañante está relativamente tranquilo y no se angustia demasiado cuando surgen situaciones imprevistas.

En un día determinado (seguimos con nuestro ejemplo hipotético), el paciente se adelanta y coge la vuelta, es decir: comunica al acompañante que se siente contenido, y que le gustaría empezar a hacerse cargo de su dinero. En ese momento, la intervención puede consistir en una simple mirada de consentimiento, como si el acompañante dijera: "yo también confío en que puedes hacerlo".

Un observador externo podría decir que el acompañante enseñó al paciente a pagar el autobús, cuando sería más correcto decir que lo estuvo conteniendo. Aquí también

entraría en juego la idea de maternaje anteriormente planteada. En un primer momento, el acompañante le brinda cierta provisión de apoyo yoico al paciente, es decir, se hace cargo de determinadas funciones que su Yo inmaduro no puede ejercer en este momento. Explícitamente, realiza una labor "pedagógica"; pero, implícitamente, está conteniendo las angustias que el Yo del paciente no puede contener. Si todo va bien, poco a poco el paciente va introyectando esta función yoica auxiliar, lo cual puede proporcionarle una mayor autonomía.

Para ser capaz de contener, el cuidador debe de estar siendo cuidado, es decir, tener acceso a espacios y situaciones en las que pueda depositar y elaborar las emociones que el contacto con los pacientes despierta.

Recuérdese que contener a un paciente psicótico implica ser depositario de angustias muy primitivas e intensas (identificación proyectiva), que deben ser "digeridas" y devueltas al paciente, de tal modo que éste pueda hacerse cargo de ellas. Si el cuidador no está siendo cuidado (a través de la supervisión, formación etc.), no será capaz de soportar dichas depositaciones; con lo cual, puede adoptar una postura estereotipada como último recurso defensivo.

Además, hay otra diferencia fundamental, entre el pedagogismo y la concepción del acompañamiento terapéutico, que quisiéramos señalar.

Sin negar los déficits y estragos que suponen la enfermedad psicótica, la concepción del acompañamiento terapéutico busca validar las potencialidades productivas y constructivas de la psicosis (creatividad, cuestionamiento de valores y normas sociales, etc.) Se establece aquí una diferencia *teórica* fundamental entre la *enfermedad mental psicótica*, y *la psicosis en cuanto modo-de-ser radicalmente singular*; vale decir: una singularidad perdida por muchos de nosotros.

Desde esta perspectiva, diríamos que acompañante y paciente se implican en una "terapia mutua", en la que ambos buscan insertar su singularidad en lo social. Resulta divertido ver cómo una paciente le advirtió a Searles acerca de lo apretado que llevaba el nudo de su corbata, contribuyendo así a que se diera cuenta de que iba demasiado "apretado" (obsesivo) por la vida. A partir de ahí, parece que pudo soltarse un poco más.

Es decir, que más allá de adaptar y normatizar la conducta del paciente, nuestra labor debe contribuir a que él mismo encuentre espacios y modos de insertar su singularidad en lo social.

Lo que intentamos señalar, es la diferencia que hay entre estos planteamientos y el pedagogismo, en el cual el profesional es el que sabe y enseña, y el paciente, el que no sabe y aprende. Desde la perspectiva del acompañamiento terapéutico, la enseñanza y el aprendizaje son mutuos, y se dan sobre la base de la diferencia entre la estructura psicótica y la neurótica. Pensar desde este punto de vista resulta apasionante...; lo difícil es llevarlo a la práctica y hacer que sea algo más que un discurso demagógico.

Respecto al psicoterapismo, conviene señalar que la Clínica del acompañamiento terapéutico se basa en la teoría psicoanalítica, que posibilita reconocer las diferencias entre las necesidades de un paciente neurótico y uno psicótico. De ahí, resulta evidente la importancia de pensar el *setting* y las intervenciones en función de estas diferencias.

El acompañante terapéutico no es un "psicoanalista ambulante", aunque sí necesita establecer un *setting* pensado desde el psicoanálisis. Ya hemos señalado que el *setting* es el punto de partida a partir del cual uno puede pensar la relación terapéutica, y ahora quisiéramos señalar que el mismo cumple una función fundamental en lo que se refiere a atender determinadas necesidades del paciente psicótico.

Aquí se plantea una cuestión fundamental, a saber: cómo abandonar el *setting* pensado para pacientes neuróticos, sin que con esto se deje de brindar un *setting* al paciente psicótico. Por supuesto, se trata de una cuestión demasiado compleja y amplia, sobre la cual sólo destacaremos algunos aspectos.

Winnicott señaló que, a pesar de no percatarse de su dependencia respecto al ambiente externo, el bebé es extremadamente sensible a sus detalles, y se ve afectado cuando su entorno es inestable. De ahí, que la constancia de los cuidados maternos es un elemento fundamental en lo que se refiere, entre otras cosas, a la instauración de la temporalidad y de una relación de confianza.

De la misma forma, podría decirse que el paciente psicótico es extremadamente sensible a los cambios y detalles de la realidad externa. Sin embargo, debido a que muchas veces se actúa según el supuesto de que el paciente está desconectado de la realidad, se desatiende determinados detalles del *setting*. Incluso se puede observar que muchas veces, el profesional ni siquiera se presenta al paciente a la hora de establecer un primer contacto. En este sentido, habría que cuestionar hasta qué punto una gran parte del rechazo y negativismo del paciente, puede tener que ver con una reacción ante la falta de consideración, por parte del profesional, de estos detalles.

Si pretendemos establecer una relación de confianza con el paciente, es fundamental señalar la importancia de la constancia del *setting*. Por supuesto, al tratarse de pacientes psicóticos debemos ser capaces de establecer un *setting* que sea firme y flexible a la vez.

En lo que se refiere a la abstinencia de la acción y del contacto físico -fundamental en el trabajo con neuróticos-, nos limitamos a señalar que la intervención corporal es un aspecto fundamental en la labor del acompañante terapéutico. Mientras el psicoanálisis clásico se basa en la interpretación verbal, el acompañamiento terapéutico privilegia el manejo de la transferencia a través de *actitudes interpretativas*.

Por ejemplo: el acompañante va al mercado con el paciente, y éste no se dispone a participar en las compras, pues tiene una madre que hace todo por él. Aquí, la intervención puede consistir en adoptar una actitud pasiva (acompañada, o no, por alguna verbalización), a través de la cual el acompañante *interpreta* al paciente, es decir, le comunica que su

madre omnipotente no está presente en este momento. Por lo tanto, para que las cosas ocurran tendrá que moverse.

Partiendo de este ejemplo, se puede ver cómo, a la vez que interviene en la realidad concreta del paciente, el acompañante puede realizar una labor centrada en sus aspectos psicológicos. Desde esta perspectiva, carece de sentido la disociación entre rehabilitación y psicoterapia.

En términos generales, éstas serían algunas de las diferencias entre los estereotipos asistenciales y la concepción del acompañamiento terapéutico. Sin embargo, no podríamos finalizar este apartado sin recordar lo que dijimos anteriormente, a saber, que al hacer nuestra denuncia, acabamos confesando algo de nosotros mismos.

Es inevitable que en algún momento de nuestra labor adoptemos una postura estereotipada ante al paciente. En este sentido, más que hacer una crítica a los estereotipos asistenciales, nos interesa señalar la importancia de que los profesionales tengan acceso a espacios y situaciones que les posibiliten pensar esas cuestiones.

Bibliografía

1. BLEGER, J.: *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós. Buenos Aires, 1966.
2. BLEGER, J.: *Temas de psicología*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1979.
5. CHAIGNAU, H. "Ce qui suffit". *L'information psychiatrique*, 1982, vol. 59, 3.
4. FERRARI, H., LUCHINA, I., y LUCHINA, N.: *Asistencia Institucional*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.
5. HOCHMANN, J.: "L'institution mentale: du rôle de la theorie dans le soins psychiatriques desinstitutionnalisés" ...*L'information psychiatrique*, 1982, vol. 58, 8, 985-991.
6. MENDONÇA, L. D.: "Acompañamiento Terapéutico de pacientes psicóticos" , AREA 3, 1994, I, 55-44.
7. PASCARELLI, P., PELLEGRINO Y TAGLIABUE, L.: "Riabilitazione e psicoterapia; alcune riflessioni critiche". En el libro *La riabilitazione del malato mentale*. Ferrari, G. y cols. Ed. Clueb, Bologna, 1988.
8. SARRACENO, B.: Entrevista realizada por R. Guinea. *Boletín de la A.M.R.P.*, 1995, 3, 19-21.
9. SIANI R.; "El contacto sistémico en la rehabilitación con pacientes psicóticos crónicos". Comunicación a las jornadas Internacionales "Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias", celebradas en Oviedo el 26, 27, 28 de Marzo de 1992.
10. SPIVAK, M.; "Introduzione alla riabilitazione sociale". *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1987, vol. CXL, 3, 522-574.

11. TIZÓN GARCÍA, J.L.: "Psicosis, contención y esperanza". *Informaciones psiquiátricas*, 1992, 3, 593-616.
12. WINNICOTT, D. W.: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Laia. Barcelona, 1979.
15. WINNICOTT, D. W.: *El proceso de maduración en el niño*. Laia. Barcelona, 1981.
14. WINNICOTT, D. W.: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós. Buenos Aires, 1991.
15. WINNICOTT, D. W.: *Realidad y juego*. Gedisa. Barcelona, 1992.