

El acompañamiento
terapéutico en el
proceso de rehabilitación
en la psicosis.

Dr. Carlos Alberto Arestivo

© Dr. Carlos Alberto Arestivo

**El acompañamiento terapéutico en el proceso
de rehabilitación en la psicosis**

© Editorial Arandurã

Tte. Fariña 1028

Asunción-Paraguay

Tel.: (595 21) 214 295

e-mail: arandura@hotmail.com

www.arandura.com

Enero 2023

ISBN:

Prólogo

En un texto escrito para el libro *Manifiesto Basura. Estallidos de un discurso desmanicomializador* (2016), Lucía Scrimini, terapeuta argentina, explora diversos significados del vocablo MANICOMIO y luego de señalar el más obvio (es el hospital psiquiátrico), muestra que en el vocablo habitan pares interesantes: en la *manía* está la *locura* pero también el *pensar*; en *komion* habita el *lugar* pero también el *cuidado*. Y Lucía se pregunta: manicomio, o sea ¿un lugar para cuidar el loco pensar?. Anota luego: “pero en nuestra culturas cuidar se ha transformado en control. Cuando se pierde el cuidado lo que deviene del control es el descontrol”.

Carlos Arestivo que viene de aquellas experiencias de Comunidades Terapéuticas implementadas en Milán y Génova e impulsadas por Franco Basaglia, retoma en este libro desde el marco de la psiquiatría crítica, un dispositivo denominado Acompañante Terapéutico (AT), generado desde un equipo terapéutico dirigido por el Dr. Kalina de Buenos Aires, allá por los años 60.

¿Por qué retomar dicho dispositivo hoy? Porque el manicomio, no sólo como establecimiento puntual sino como modalidad instituida aún persiste en la trama social. Carlos alude a dicha persistencia cuando sostiene que “la falta de programas de convivencia, que apunten a relacionarse, manifestar sentimientos o simplemente intercambiar palabras genera un contexto que se denomina “manicomio”, donde el sujeto está solo, con síntomas disminuidos, pero

no va más allá". Todo el contenido del libro (el por qué, el cómo) se resume en las líneas que siguen: "Esta situación deviene particularmente despersonalizante. Pero si nuestro objetivo es rehabilitar al paciente psicótico, se debe considerar que este sujeto es una persona, con una historia, con sus vínculos, sus vivencias y todo aquello que conformó su personalidad. La rehabilitación en estos términos implica comprender lo que le sucede al sujeto, que se encuentra en una situación en la que no es operativo sino más bien destructivo".

Lo anterior habilita, y sin forzar el alcance conceptual, buscar los manicomios que habitan otros espacios. La escuela, por ejemplo, en tanto dispositivo que tampoco se dispone últimamente como espacio de convivencia, como lugar de relacionamiento, de pensar y de cuidado.

Es desde esta necesidad de compartir herramientas que permitan situar de vuelta en el centro de los vínculos a la persona, a su dignidad, a su dimensión de libertad y creatividad, que Carlos entrega este libro. Es por dicha razón que no plantea una definición cerrada de Acompañante Terapéutico; más bien, lo va situando en diversos escenarios y en cada uno de ellos el Acompañante Terapéutico (AT) asume significados ampliados. Carlos, en realidad, efectúa un trabajo de plegado y desplegado conceptual porque reconoce que el AT, conforme realiza intervenciones que navegan el pensar, el cuidar, el conectar, emerge con funciones y roles que no se cierran. De hecho, para el autor, el AT se definiría más como un vínculo terapéutico que como una herramienta técnica.

Con este criterio de abordar el AT como emergente de situaciones, es que se puede recorrer los diversos bloques de contenidos del libro. De esta manera, los cuatro capí-

tulos despliegan las facetas y potencialidades del vínculo implicado en el dispositivo del AT. Desde una conceptualización inicial pasando a la descripción de funciones, el para qué del AT, sus requisitos, sus roles, su inclusión en los espacios terapéuticos, en las comunidades terapéuticas, y desembocando en el proceso de rehabilitación donde la construcción del proyecto de vida deviene estratégico, el libro explora la potencialidad del vínculo implicado en el modo de trabajo desplegado por el AT.

Dicha potencialidad encuentra sus puntos de soporte en las nociones de persona, dignidad, derechos, para llevar adelante las ideas que Lucía Scrimini encontraba en la palabra manicomio: pensar y cuidado. Es la forma en que Carlos Arestivo se confronta con el modelo manicomial; desde la psiquiatría crítica entiende que a la negación y denuncia del modelo, es preciso sumar la propuesta conceptual y metodológica que señala grietas por donde irrumpir habilitando otras sensibilidades, otros modos de escuchar y habilitar palabras, voces canceladas.

Este libro, entonces, también es un modo de intervención política sobre la experiencia de la locura y sus modos de gestión. Rescata un dispositivo histórico y lo trae de vuelta al presente. El modo vincular que se encuentra implicado en el AT apunta -y aquí funciona el pensamiento de Maud Mannoni- a inventar todo continuamente a partir del mismo paciente, del propio sujeto disperso en el caos. Es el desorden expresado por el paciente la guía más segura para otro modo de asistencia.

No es redundancia, por esto, recordar que en los libros publicados por Carlos Arestivo, siempre es posible encontrar un eco de lo apuntado por Basaglia allá por 1979: *“Tal vez los manicomios vuelvan a ser cerrados, incluso más*

cerrados que antes, yo no lo sé, pero de todas maneras nosotros hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera, y el testimonio es fundamental. No creo que el hecho de que una acción logre generalizarse quiera decir que se ha vencido. El punto importante es otro, es que ahora se sabe qué se puede hacer”.

De vuelta, entonces, en este libro puede reencontrarse dicho ‘saber qué hacer’ y que si se deja espacio a la libertad, a la persona, también puede otorgar lugar a otro modo de asistir...y que dicho modo puede aprenderse. También, en ese sentido, este libro es un recurso singular para sostener procesos de formación de Acompañantes Terapéuticos.

Ramón Corvalán

Introducción

Toda persona se encuentra sujeta a sus necesidades y la satisfacción de las mismas las encuentra en el medio ambiente. Para satisfacerlas hace uso de su libertad, de su inteligencia, de su experiencia, de su creatividad, de su voluntad, de sus talentos; así el individuo crece. El proceso de su crecimiento mental configura su mundo interno, que al establecer un relacionamiento con el mundo lo integra, forma parte de él produciendo cambios en su persona y a su vez produce cambios en la realidad externa y así va conformándose como persona.

El sujeto con trastorno mental, sobre todo en la psicosis, sufre una situación caótica, porque se encuentra con fallas en la estructuración de su mundo interno y tiene serias dificultades en relacionarse con él. En ese sentido se enfrenta con obstáculos en la comunicación; se siente bloqueado, inhibido en su capacidad para encontrar respuestas o soluciones válidas a las necesidades propias de la vida, no logra aprender de la experiencia y desarrollar sus capacidades, sus talentos que se encuentran inhibidos, por lo que la configuración de su mundo interno lo desubica de la realidad externa, y sus necesidades no las puede satisfacer porque está confuso, angustiado, con miedo y las decisiones que toma son a veces inapropiadas o violentas. Las causas de las psicosis son aun dudosas, se plantea una causa biológica que hace relación a los neurotransmisores, a situaciones genéticas, pero indudablemente el ambiente externo, la fa-

milia, muchas veces influyen en la generación de este trastorno.

De esta manera, la persona sólo puede adaptarse pasivamente a su mundo, desarrollando conductas muchas veces inadecuadas que no satisfacen su carencia, creando un clima de angustia y desolación en su entorno. A su vez, experimenta la sensación de encontrarse perdida en el mundo, por carecer de puntos de referencia o porque estos no le son válidos. Debe señalarse, además, que esa persona es el producto de su historia, es el emergente de un contexto socio-familiar que de alguna manera determina su conducta.

Esta cualidad de constituirse como emergente de una trama de relaciones, no implica la negación de aspectos biológicos que predisponen una manera de ser y de asumir actitudes diferentes a los demás. La persona forma parte e integra un campo psicológico en el cual ella y los demás interaccionan y se vinculan en función a pautas de orden cultural, religioso, ideológico, económico, etc., conformando una red vincular, un sistema de comunicación que lo hace peculiar y único a ese núcleo humano que es la familia y la cultura familiar.

Desde esta perspectiva, la familia es la primera instancia de aprendizaje de vida de donde emerge el individuo y forma parte de la misma, donde él es condicionado y a su vez condiciona; en esa situación, incorpora vínculos, roles y modos de comunicarse que no siempre son funcionales ni operativos; suelen ser más bien confusos, indiscriminados y contradictorios de tal forma que pueden ser generadores - junto con otros estímulos - de trastornos mentales.

Si este sujeto que aparece en un momento dado, con serias dificultades en su estar en el mundo, en situación de crisis y es asistido en la urgencia, generalmente es aislado

de su contexto social (internado) y su tratamiento apunta prioritariamente a controlar sus síntomas con psicofármacos, sin considerar la posibilidad de utilizar la palabra, como también para calmarlo, como para intentar expresar lo que siente y recibir también respuestas que apuntan a estar con él, contenerlo, y ayudarlo; al obviar la palabra en el encuentro con el terapeuta, se dificulta el proceso. Obviar al otro (terapeuta) implica dejarlo solo en su confusión, en su caos.

La falta de programas de convivencia, que apunten a relacionarse, manifestar sentimientos o simplemente intercambiar palabras genera un contexto que se denomina “manicomio”, donde el sujeto está solo, con síntomas disminuidos, pero no va más allá. Esta situación deviene particularmente despersonalizante. Pero si nuestro objetivo es rehabilitar al paciente psicótico, se debe considerar que este sujeto es una persona, con una historia, con sus vínculos, sus vivencias y todo aquello que conformó su personalidad. La rehabilitación en estos términos implica comprender lo que le sucede al sujeto, que se encuentra en una situación en la que no es operativo sino más bien destructivo.

La asistencia debe ser integral: plantearse el disminuir sus síntomas, pero luego avanzar hacia el esclarecimiento de sus vínculos, mejorar su comunicación para generar condiciones que le permitan al sujeto tener una comprensión de su estar en el mundo.

Este razonamiento apunta a la necesidad de plantear un enfoque terapéutico que integre todos los aspectos de la vida del individuo en cuestión y su entorno.

La psiquiatría crítica, como la entendemos, integra por un lado los avances de los conocimientos biológicos, psicofarmacológicos, y por el otro, los aportes de la psicología

social, del psicoanálisis, considerando al ser humano no como un ser aislado, sino como sujeto en relación, que no puede abstraerse de su entorno en el cual está inmerso y sin el cual no puede concebirse la idea de persona, porque ella es en función y en relación de su contexto social.

Hoy en día, la atención a personas con trastornos mentales severos se desarrolla en equipo interdisciplinario en el que intervienen profesionales especializados en psiquiatría, psicología clínica, psicoanálisis, trabajos sociales, espirituales, y se dispone de un vasto arsenal terapéutico y preventivo que va desde los aportes de la psiquiatría clínica, la asistencia en la Comunidad (Trabajos solidarios o Cooperativas laborales, talleres de arte, de música etc.), la Comunidad terapéutica, los Centros día, talleres terapéuticos, internaciones a domicilio, psicoterapias individuales, psicoanálisis, terapias grupales o familiares, acción grupal preventiva, etc. Este es un listado básico de las alternativas existentes, si bien no siempre disponemos de las mismas.

Dentro de este amplio campo de posibilidades terapéuticas, en este libro quiero abordar la descripción y el análisis de lo que un equipo Terapéutico dirigido por el Dr. Kalina de Buenos Aires, allá por los años 60 denominó *Acompañamiento Terapéutico (AT)*.

Esta herramienta terapéutica entre otras, o mejor el vínculo terapéutico entre el terapeuta del paciente y el Acompañante Terapéutico (AT) permitirá que el tratamiento sea integrado, y lo que los psicofármacos son para los síntomas, el acompañamiento terapéutico es para su rehabilitación social.

Nosotros utilizamos esta modalidad como un instrumento muy importante en la estrategia de intentos de rehabilitación del paciente. Muchas veces la hemos denomina-

do “Tutor” al acompañante Terapéutico, que solamente es otra manera de denominar a la misma modalidad. El AT no sólo limita el tiempo de internación, sea esta en una Institución especializada o en su mismo domicilio, sino también le ofrece al paciente un interlocutor válido que le ayudará a comprender lo que pasa en su mundo, relacionarse con su entorno, ubicarse como persona y ser en el mundo. El AT ofrece una variedad de técnicas y estrategias para ayudar a los pacientes a lidiar con sus problemas de salud mental.

El AT puede utilizarse con pacientes en crisis, internados o no, en pacientes con peligro de suicidio, en fin, donde se requiera que el paciente esté acompañado por alguien calificado.

Hace alrededor de 40 años, trabajando en la Comunidad terapéutica “Omega” de Milán y en el Centro Día “Daily” de Génova (Italia) se hacía necesaria esta acción, pero en ese momento la implementábamos sólo para cuidado y protección del paciente, sin sospechar todavía de su potencial terapéutico.

Analizando esa experiencia y otras realizadas aquí en Asunción, aprendimos que el AT tiene un potencial terapéutico muy importante en la estrategia de la rehabilitación del paciente, que en suma es el objetivo que queremos lograr.

El propósito de este trabajo es desarrollar este concepto y esta modalidad de trabajo terapéutico interdisciplinario.

CAPÍTULO I

Acompañamiento Terapéutico (AT) Concepto Funciones



En el proceso de rehabilitación de un paciente psiquiátrico, el AT se convierte en un interlocutor válido que el paciente necesita para estar en el mundo, desarrollar sus capacidades, sus talentos y aprender de sus experiencias.

El AT es un profesional capacitado, integra un equipo de trabajo o simplemente es un asistente de un psiquiatra o un profesional en este tipo de asistencia.

Para comprender mejor, es importante saber que el paciente psicótico es una persona cuya estructura de *mundo interno* se encuentra como si un tornado la hubiera arrasado y mezclado todos sus componentes (conceptos, criterios, ideas, afectos, etc.), generando distintos tipos de confusiones, que se expresan en una manera de ser, en actitudes, en conductas que manifiestan la situación caótica de su mundo interno y le crea grandes dificultades en la comunicación, en la coherencia del curso de su pensamiento, de su percepción y de los mecanismos de defensas que se manifiestan en ella. Toda esta estructura perturbada la aleja de la realidad, impidiendo el formar parte de la misma.

Entendemos aquí que el paciente sin una ayuda que le permita ordenar más o menos su mundo interno y con sólo los psicofármacos no podrá ser rehabilitado. Para lograr este objetivo se requiere plantear una estructura terapéutica, interdisciplinaria que apunte a lograr que el paciente y si es posible su familia se integre en este proceso terapéuti-

co que se propone, y que constituye el **Plan terapéutico de rehabilitación**.

El AT le ayudará al paciente fundamentalmente en un primer momento, en la contención generada por esta situación crítica; a veces su sola presencia, en situación de escucha y con el soporte de psicofármacos, le ayudará en la re-ordenación de la desarticulación de su mundo interno, a través de diferentes aspectos detectados en cada paciente y que hacen referencia a aquellos factores de su personalidad que se encuentra alterada, siendo **la comunicación**, uno de los factores principales. Este re-ordenamiento le proporcionará mayor seguridad, confianza, facilitando la creación de vínculos y experiencias de calidad terapéutica.

En términos psicodramáticos se puede comparar esta modalidad con las funciones del yo auxiliar del terapeuta psicodramático. El AT es un auxiliar del Terapeuta, que sigue consignas emitidas por este, que si bien actúa con su estilo personal, lo hace siguiendo una estrategia ideada por el terapeuta o por el coordinador del equipo de AT.

El AT opera en el frente de batalla, el Terapeuta desde el puesto de comando.

El entrenamiento que posee el AT hace referencia al conocimiento de la psicopatología, a las situaciones de crisis, a la entrevista psicológica de pacientes psicóticos o de otra naturaleza y su propia experiencia. Con estos conocimientos posibilitará que el contacto que establece con el paciente se vaya convirtiendo paulatinamente en una relación o vínculo que se constituirá en el punto de partida de su acción terapéutica.

El terapeuta o coordinador del equipo deberá estar atento a la distancia del AT con el paciente y cuidará de que

ésta no sea dañina tanto para él como para el paciente. El terapeuta manejará la distancia óptima que debe tener con el paciente, dándole consignas precisas al respecto.

El AT ayuda al paciente a comunicarse que es un aspecto fundamental en su trabajo y al mismo tiempo brinda al paciente un ambiente seguro y confiable en el que puede desahogarse, hablar de lo que le preocupa y recibir herramientas útiles para abordar sus problemas de una manera saludable.

El terapeuta, a partir de los datos que le proporciona el AT permite ayudar al paciente a aceptar sus emociones, entender sus pensamientos y tomar pasos concretos para mejorar su bienestar emocional.

El AT puede ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades para mejorar sus relaciones interpersonales y la vida cotidiana, asimismo el AT ayuda al paciente a tener mayor claridad mental, una mejor comprensión de su realidad y, una mayor confianza en sí mismo.

Paralelamente al trabajo con el paciente, el AT también debe relacionarse y analizar la situación familiar y ganar su confianza. Muy importante serán los datos que recoja sobre el paciente, desde la vivencia familiar, el clima familiar, si es posible los roles que desempeñan cada uno y su relación con el paciente y entre sí. Es importante conocer los criterios económicos, morales, religiosos para saber cómo es el contexto de donde proviene el paciente. En fin, tener en cuenta que la familia desarrolla una subcultura de donde proviene el paciente. En síntesis, el AT debe tener una idea de cómo funciona la familia de la cual el paciente es un emergente.

Todos estos datos serán discutidos con el terapeuta o con el grupo clínico a fin de evaluar el verdadero **diagnós-**

tico de vida del paciente. Aquí los clasificadores internacionales (DSM - CIE) no nos sirven en el proceso de rehabilitación en cuanto no aportan elementos válidos para utilizarlos en función a los fines de la rehabilitación.

Diagnostico de vida

El diagnóstico es el resultado de un proceso que se logra a través de la entrevista.

Es importante tener en cuenta el gran aporte del psicoanálisis referente a todo lo que respecta a la psicopatología, a la entrevista, al psicodiagnóstico y al abordaje de la problemática; mencionamos aquí a Sigmund Freud, a Enrique Pichón Riviere, José Bleger y otros.

Es por ello que en la entrevista debe tenerse en cuenta la empatía en la relación que se va estableciendo entre el paciente y el terapeuta psiquiatra o psicólogo.

El diagnóstico se construye a partir de síntomas (lo que el paciente siente) y signos (lo que el terapeuta ve). Hay que tener en cuenta también, pero no me voy a referir al mismo, al llamado diagnóstico estructural que es estrictamente psicoanalítico; más bien otorgaré más énfasis al diagnóstico semiológico y situacional, pues cuando se extiende el diagnóstico a situaciones, también se amplían los agentes que pueden participar a ayudar a resolver los dramas en sus tramas, al decir del psicoanalista Lic. Genaro Riera Hunter..

El diagnóstico no debe ser sólo comprendido como dato para intervenir psicofarmacológicamente o psicoterapéuticamente; el diagnóstico psicosocial sí es importante y lo es justamente porque las intervenciones van más allá de la psiquiatría. El psicoanálisis en este punto puede aportar mucho.

Desde la psiquiatría clásica el diagnóstico está catalogado en los clasificadores internacionales como el CIE (OMS) y los DSM (APA), a partir de ahí, el tratamiento se inicia con psicofármacos que ayudarán a disminuir, aumentar o eliminar el síntoma, pero los medicamentos no saben qué es lo que causó esa descompensación al paciente. Al parecer, la psiquiatría clásica trata el síntoma, es por ello que en el hospital psiquiátrico no se plantea o no existe un programa de rehabilitación.

El paciente dado de alta en el hospital psiquiátrico sale sin resolver su problema, sale sumido en las reacciones de los fármacos, su cuerpo duro, su caminar característico, sus reacciones indeseables generadas por los medicamentos.

El diagnóstico solo sirvió para escribir en sus fichas y engrosar las listas de las estadísticas, pero no le beneficiaron al paciente, más bien aumentaron su cronicidad; el paciente sigue siendo un problema familiar en cuanto no es ni siquiera considerado una persona.

Este tipo de tratamiento despersonaliza a la persona, le quita al yo su capacidad de pensar, de reflexionar y decidir sobre sí mismo, su yo está blindado. Es por ello que cuando se habla de manicomialización pensamos inmediatamente en lo que ocurre en el hospital psiquiátrico.

El diagnóstico en este caso, no plantea una orientación terapéutica, sino simplemente una orientación al tratamiento psicofarmacológico, que no hay que dudar, de que el mismo constituye una herramienta importante para el manejo del paciente, pero no estamos de acuerdo de que sea el único elemento terapéutico, que usado de manera indiscriminada no plantea un beneficio al paciente más bien lo reduce a una despersonalización.

Desde el punto de vista de la psiquiatría crítica el diagnóstico surge de un análisis exhaustivo de toda la persona que consulta por algún trastorno; la entrevista es la herramienta fundamental, porque permite al terapeuta establecer una relación en la que el paciente expresa mucho más que la descripción de sus síntomas. En la entrevista el paciente tiene tiempo en expresar no solo las vicisitudes de su vida sino también sus sentimientos, sus dificultades en afrontar situaciones que constituyen su problema. En la entrevista lo importante es la escucha atenta.

La psiquiatría crítica plantea que los síntomas y signos son mecanismos de defensa ante situaciones conflictivas en los casos de neurosis, y en la psicosis, los síntomas y signos son la expresión de una situación caótica del mundo interno del paciente. Creemos que lo opuesto a la salud mental no es la enfermedad mental sino el manicomio

Aquí no se hace necesaria la utilización de los clasificadores internacionales, porque aquí el diagnóstico apunta a comprender lo que le pasa al paciente, por eso hablamos de diagnóstico de vida, porque cada paciente es único y si bien los síntomas son similares a la de otros pacientes, no significa que responden a una misma situación.

En los pacientes neuróticos, el diagnóstico orientará al terapeuta un tratamiento de orientación psicoanalítica, con profesionales psiquiatras o psicólogos especializados. Aquí cuando se hace necesario el uso de psicofármacos se plantea una interconsulta con el psiquiatra, lo que no significa que se ha derivado la responsabilidad terapéutica al psiquiatra, sino se plantea un trabajo conjunto, donde el psicoanalista es el que maneja la psicopatología del paciente y es ayudado por el psiquiatra, quien con tratamiento psicofarmacológico manejará aquellos síntomas que desequilibran la vida

del paciente, como la dificultad en dormir, situaciones ansiedad intensa, depresión o peligro de suicidio, situaciones de pánico, de violencia o agresividad.

Con este tipo de tratamiento se estará proporcionando al paciente la posibilidad de conocer por un lado las causas inmediatas de sus dificultades y también sus habilidades y talentos para hacer frente a los mismos.

Para pacientes con síntomas psicóticos, que nos hablan de un alejamiento de la realidad, de fuertes dificultades en la comunicación, de un estado caótico, donde el paciente se aísla porque no entiende lo que pasa a su alrededor y también lo marginan porque no comprenden qué le sucede, aquí el paciente necesita una contención, necesita que alguien controle su "yo", pero será necesario que sienta que está acompañado y esta situación hace el sentido del AT.

En la entrevista podemos observar un comportamiento bizarro, pensamientos que hablan de situaciones inexistentes como los delirios, su lenguaje inadecuado e incoherente, o en muchos casos el paciente muestra síntomas negativos como la alogia cuando hay una ausencia o disminución del lenguaje espontáneo, una pobreza de su contenido, bloqueos, aumento de la latencia de la respuesta, la anhedonia es pérdida del placer o disfrute de actividades, y la apatía o abulia es falta de motivación ante tareas cotidianas, estos síntomas negativos muchas veces generan crisis en los AT y a veces en el mismo terapeuta que busca la rehabilitación, en estos casos, los psicofármacos ayudan para disminuir o aplacar estos síntomas negativos; todo esto nos está hablando de una desestructuración de su mundo interno, generando una situación caótica, totalmente incomprensible para él y su entorno.

Aquí el diagnóstico plantea la necesidad en algunos casos, de un tratamiento de urgencia y que recae en la intervención psiquiátrica para resolver la misma, que significa tal vez, una internación y tratamiento psicofarmacológico por excelencia.

Solamente con el diagnóstico de vida del que hablamos más arriba, podemos intentar establecer una dirección terapéutica y cuando hablamos de dirección terapéutica estamos hablando de un proyecto de rehabilitación que incluye la utilización de psicofármacos en interconsulta constante con un psiquiatra y donde se plantea actividades preparatorias básicas, como el trabajar sobre la comunicación, que en el paciente está complicada, el manejo de las relaciones interpersonales, el manejo de su tiempo, el cuidado de su cuerpo, hasta que el terapeuta vea que el paciente ya está en condiciones de plantear la posibilidad de establecer un proyecto de vida; esto por supuesto acompañado por un tutor o acompañante terapéutico.

CAPITULO II

La razón de ser del acompañamiento terapéutico



El acompañamiento terapéutico es una técnica que ha demostrado ser muy efectiva en la rehabilitación de las psicosis.

La psicosis como dijimos más arriba es una condición mental en la que la persona pierde el contacto con la realidad, lo que puede llevar a alucinaciones, delirios y comportamientos erráticos, en ese sentido el AT se enfoca en proporcionar apoyo emocional y social a estas personas. Esto implica establecer una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta, que es fundamental para lograr los objetivos de la terapia.

Preguntarnos el *“para qué”* del AT en un paciente en particular, apunta a conocer los objetivos, las metas, la tarea que se propone el terapeuta, al plantear esta modalidad de estrategia de tratamiento.

El proponerse una meta a alcanzar presupone el inicio de un proceso, un camino a recorrer, camino que no puede ser planificado de antemano porque implica un encuentro original, único con el paciente, encuentro que por la calidad y la frecuencia del mismo se constituirá en vínculo o como dirían los psicoanalistas en una transferencia.

Para el planeamiento de una tarea de rehabilitación es imprescindible tener no un diagnóstico nosológico emanado de los clasificadores, sino un diagnóstico de vida, que es único y no esquematizado.

En esta modalidad de trabajo terapéutico, las intervenciones del terapeuta o a través del AT se van realizando en un día a día, de acuerdo a las situaciones que se van viviendo. En tanto la psicosis es una condición mental en la que la persona pierde el contacto con la realidad, lo que puede llevar a alucinaciones, delirios y comportamientos erráticos la presencia del AT se enfoca en proporcionar contención, apoyo emocional y social a estas personas. Esto implica establecer una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta, que es fundamental para lograr los objetivos de la terapia.

También pueden ofrecer herramientas para que los pacientes desarrollen habilidades para hacer frente a sus problemas. Estimula a los mismos a aumentar la autoestima, establecer metas realistas, mejorar la comunicación, gestionar el estrés y afrontar sus dificultades y ayudar a mejorar su calidad de vida. Es muy importante que el paciente comparta sus pensamientos y emociones con un profesional y esto puede ayudar a los pacientes a descubrir nuevas perspectivas, aprender habilidades para resolver problemas y descubrir herramientas para sentirse mejor.

La rehabilitación, que es el propósito de la asistencia de un paciente psicótico, por sus características y síntomas, requiere la organización de un ambiente terapéutico donde se desarrollará el proceso, sea esta una intervención a tiempo completo (Comunidad terapéutica) o parcial, Centro día, o una internación a domicilio, que en todos los casos tendrá la misma modalidad relacional.

1. El equipo de acompañamiento Terapéutico

El AT forma parte de un equipo de trabajo orientado y coordinado por un profesional. La labor del AT va más allá

del simple cuidado que puede hacer una enfermera o una persona contratada para el efecto. El acompañamiento terapéutico requiere, a más de ese cuidado, ejercer una acción psicológica, destinada a producir cambios en la conducta del paciente.

El equipo interdisciplinario que puede o no estar conformado por psicoterapeutas: psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social, psicoanalista y también por profesionales en formación, establece una estrategia de tratamiento inicial que se irá modificando en función a los datos que reporta el AT. La táctica a utilizar se va delineando en relación a la problemática que presenta el paciente y de la particularidad del caso, de cada subjetividad.

Pero el terapeuta del equipo en constante comunicación con el AT controla y ajusta la vinculación en proceso a través de la elaboración de datos y consignas que proporcionará oportunamente al AT. En la medida que esta relación se vaya desarrollando el terapeuta podrá ejercer una acción tendiente a desenredar o desatar y reestructurar la red vincular del mundo interno del paciente.

Es bueno señalar aquí que los miembros del equipo participan discutiendo aquello que reporta el AT y a su vez aportan sus propias ideas, de esta manera el terapeuta se ve enriquecido y estará en condiciones de indicar acciones, actitudes al AT. Los miembros en formación del equipo se van “entrenando” y formando como futuros AT.

Se debe señalar que el vínculo que genera la relación del AT con el paciente significa una verdadera herramienta terapéutica, esta “transferencia” debe ser bien entendida por el AT, que es como un apego, a nivel afectivo o de admiración y no debe usarse ningún tipo de interpretación

En otros términos, el AT, a partir de esta situación, permitirá conocer y rescatar los talentos del paciente y facilitar situaciones de creatividad que posibilitarán abrir pequeñas puertas de fugas del contenido caótico de su mente.

El paciente como decíamos más arriba, quedó preso después de ese tornado y requiere espacios o agujeros de fugas para lograr controlar ese mundo infernal de su mente. En efecto, el mundo interno del paciente está convulsionado y, en ese sentido, estos acercamientos terapéuticos permitirán a través de su creatividad, utilizar esos agujeros para que los aspectos sanos de éste puedan fluir y tener una mejor visión de su entorno.

Es importante tener en cuenta que la creatividad es propia del ser humano y hay que entender que el paciente es un ser humano que puede expresar su imaginación, sus ideas y otros elementos importantes para la salud mental del mismo, pero la libertad es la que permitirá expresarse, y esto requiere de un ambiente especial que hay que proporcionar al paciente en este proceso. El arte como la música, la poesía, el teatro, el Coro u otras actividades en las que pueda desarrollar sus inquietudes creativas son acciones que permitirán o facilitarán la creatividad.

La creatividad que se pueda expresar a través del arte o de alguna otra producción del paciente podrá entenderse como una puerta o agujero que se abre desde donde puedan escapar los contenidos que lo amenazan.

Más arriba hablábamos de vínculo, que implica un sistema de comunicación. Desde esta perspectiva, el relacionamiento en sus diferentes formas y espacios como grupos formales o informales siempre permite estimular la comunicación por lo que el lenguaje emitido posibilitará aclarar la confusión de la mente.

Es importante señalar que cualquier actividad que se realice en este ambiente, siempre debe tener un “por qué” terapéutico.

Cuando el AT está trabajando con el paciente, sabe que tiene sus espaldas cubiertas, sabe que tiene un grupo que lo está cuidando, como un ojo visor que lo puede rescatar en caso de que, sin darse cuenta sea absorbido por el sistema del paciente o de la familia.

El equipo funciona durante el trabajo de acompañamiento, como una instancia de reflexión, de comprensión, de retroalimentación, de descontaminación y de contención de la angustia que este trabajo genera. El trabajo en equipo es más adecuado porque constituye un proceso de aprendizaje y una seguridad psicológica para el AT como para el paciente, pero esta modalidad de trabajo también es posible sólo con un terapeuta y el AT, pero nunca únicamente con el AT.

Es importante señalar que no siempre se dispone de un equipo en el sentido de un grupo, pero también puede funcionar un AT y el psiquiatra o psicólogo que lo contiene.

2. Requisitos del AT

El acompañamiento terapéutico en las psicosis es una técnica que requiere de un profesional (AT) capacitado y con una serie de habilidades específicas para poder brindar el apoyo necesario a las personas que están pasando por esta experiencia.

La **formación de un Acompañante Terapéutico** debe ser sólida y tener una formación adecuada, conocimientos en terapia y psicología clínica para poder entender las complejidades de las psicosis. Además, es importante que tenga

experiencia en el trabajo con personas con trastornos mentales graves

Un aspecto importante es la **empatía y comprensión**. Es **fundamental que el AT** tenga una actitud empática y de comprensión hacia estas personas. La capacidad de ponerse en el lugar del paciente, le ayudará a comprender mejor lo que le pasa al paciente; es fundamental para establecer una relación, un trabajo eficaz.. Esto significa que debe tener capacidad de escucha, ser respetuoso y tener una actitud no-juzgadora hacia el paciente y debe además tener la **habilidad para trabajar en equipo**, en la rehabilitación de las psicosis. El AT debe comprender la estrategia del Terapeuta que plantea la rehabilitación del paciente.

Además, del cuidado y la protección del paciente, su función es la de realizar una acción psicológica cuyo objetivo es el cambio. Esta persona que va a ejercer un rol sumamente delicado y va a trabajar en un medio insalubre psicológicamente debe reunir estos requisitos mínimos.

El candidato a ser A.T. debe ser una persona con vocación de servicio, debe tener conocimientos de Psicología de la conducta, de Psicopatología, de manejo del método clínico, en lo posible estar en tratamiento psicoterapéutico, ser capaz de asumir con responsabilidad la tarea, tanto en lo que hace al encuadre con el paciente, como también con el equipo y/o Terapeuta y ser capaz de trabajar en equipo. Estas condiciones son básicas.

3. Los Roles del AT

El acompañante terapéutico juega un papel fundamental en el tratamiento y la rehabilitación de las personas que están pasando por una experiencia psicótica. El objetivo principal de su trabajo es proporcionar apoyo emocional y

práctico, ayudando a las personas a desarrollar habilidades para manejar sus síntomas, recuperar su independencia e investigar sobre sus talentos y habilidades, que constituirán las bases para su proyecto de vida, que es el propósito de ese trabajo. A continuación, se describen algunos de los roles específicos que un acompañante terapéutico puede desempeñar en un paciente con psicosis:

- a. **Apoyo emocional:** Una persona que está pasando por una experiencia psicótica se siente aislada, incomprendida y con miedo. El acompañante terapéutico debe proporcionarle apoyo emocional, brindar una escucha activa y comprensiva, y ayudar a la persona a entender y manejar sus emociones.
- b. **Fomentar la independencia:** El acompañante terapéutico debe ayudar a la persona a desarrollar habilidades para recuperar su independencia, como la planificación y horarios de tareas diarias, el manejo de la medicación y el establecimiento de una rutina saludable.
- c. **Identificación de pensamientos y emociones disfuncionales:** El acompañante terapéutico debe trabajar en colaboración con el equipo de tratamiento para identificar pensamientos y emociones disfuncionales que puedan estar afectando el bienestar de la persona y ayudarlo a desarrollar estrategias para manejarlos.
- d. **Acompañamiento en actividades sociales:** Las personas que están pasando por una experiencia psicótica pueden sentirse excluidas de la sociedad. El acompañante terapéutico puede acompañar a la persona en actividades sociales, como salir a caminar, ir al cine o asistir a eventos comunitarios, para ayudar a mejorar su confianza y habilidades sociales.

-
- e. **Promoción de la comunicación:** La comunicación puede ser un desafío para las personas que están pasando por una experiencia psicótica. El acompañante terapéutico puede trabajar con la persona para mejorar su comunicación y ayudarlo a expresar sus pensamientos y emociones de manera efectiva, además, es importante señalar que el AT también desempeña la función de **Cuidado y protección del paciente**, dependiendo del grado de desestructuración del paciente, este va a requerir mayor o menor grado de protección y cuidado. El paciente, al encontrarse perdido en el mundo, confuso, sus valores responden a necesidades muy primitivas, su inteligencia, su memoria, su pensamiento, su juicio están disociados y no funcionan adecuadamente, se encuentra inerme, no es operativo y puede ser peligroso para sí y para los demás.
-

El AT al brindarle su compañía cuida de él, lo protege de los posibles descontroles y al mismo tiempo lo ayuda a recuperar su control. El AT le presta su YO, como la madre le presta su YO a su niño.

El AT al confrontarle constantemente con la realidad le está enseñando aprender de ella y de la experiencia que está viviendo.

Otras de las funciones del AT es contener la angustia del paciente

La angustia existencial es propia de todo paciente que está viviendo su propia desestructuración, su disociación, si bien utiliza mecanismos defensivos tales como la proyección, la identificación proyectiva, la negación, el delirio, etc., estos mecanismos no cumplen con su objetivo, crean más bien un círculo vicioso y la ansiedad y la angustia se

constituyen en los síntomas más acuciantes y en función a ellos el paciente actúa.

El paciente al sentir a su lado a una persona que lo respeta, que lo escucha, que lo cuida, que intenta comunicarse, que lo guía, que le presta su YO, siente que no está solo, y si bien esta misma situación favorece una especie de simbiosis, como una relación vital, una dependencia semejante a la del bebé, pero con el control de esta situación por parte del Terapeuta. Es a partir de ahí que se inicia el proceso de rearmar el mundo interno del paciente, a partir de ese vínculo precario que establece con el AT Este es el momento más delicado porque el AT mete el cuerpo, se expone con sus intimidades, allí ya actúa casi automáticamente, espontáneamente, ese es un momento artesanal del AT y es el momento del cuidado del profesional que cuida al AT.

El AT sabe que tiene un equipo y un terapeuta que lo están cuidando y dándole consignas para ajustar el vínculo y ayudar al paciente a encontrar puntos de apoyo, para que camine solo, con su manera propia de ser y vaya elaborando esta simbiosis, en este proceso de reestructuración.

Por otro lado el AT debe lograr establecer vínculos válidos, en efecto se debe recordar que el paciente proviene de un mundo socio-familiar donde se ha estructurado una sub-cultura relacional que el AT debe intentar comprender, con ayuda del terapeuta.

Allí, el AT debe analizar los vínculos familiares que no han podido ser discriminados y los roles poco desarrollados o son confusos, creando en el paciente un sistema de comunicación en el cual los mensajes que le llegan no son correctamente decodificados, porque estos son confusos y/o contradictorios y la respuesta que parte de él será asimismo confusa y contradictoria. Su esquema referencial,

con el cual debe operar en la vida es también confuso y/o contradictorio y su conducta y actitudes tendrán también ese tinte. Por lo tanto, al no poder satisfacer sus necesidades, en tanto no logra comprender y no poder expresarse, se le cierran todas sus puertas, quedando atrapado en su mundo interno, generándose una situación caótica en su manera de estar en ese mundo que debe compartir; su conducta será interpretada como un trastorno, al producirse en ella síntomas que caracterizan a la enfermedad mental

Cuando logra establecer con el AT un vínculo válido, claro, más transparente, más discriminado, una transferencia en términos del psicoanálisis, como ya lo señalamos más arriba, lentamente desarrollará roles sociales, funcionales y podrá aprender a usarlos adecuadamente y con el cuidado correspondiente.

El AT se constituye en un modelo donde el paciente podrá espejarse y a partir de ahí encontrar con él su propia forma de ser. Esta constante confrontación con la realidad le permite ajustar su conducta, su pensamiento, su inteligencia, haciéndose cargo de los mismos, que fueron suyos, pero los tenía amarrados.

Colaboración con el terapeuta en el proceso terapéutico

El AT se constituye en la larga mano del Terapeuta que refuerza, aclara, explica. Este muestra al terapeuta lo que observa del paciente y su entorno, los efectos de los medicamentos en relación a los síntomas, sus logros o fracasos en la comunicación, y las novedades, su relación con la familia y sus allegados, y sus propios criterios. El terapeuta dará las nuevas indicaciones en lo que se refiere a los fármacos, a su relación con el paciente y la familia. A través de los

datos que aporta el AT, el terapeuta podrá ir estableciendo estrategias de intervención.

El AT debe investigar los talentos

En el tiempo que el AT está con el paciente, investiga las cualidades de éste, sus habilidades, sus dificultades, sus tendencias etc., que serán como ganchos o puertas de entrada para su relacionamiento con él y en cada actividad el AT estimulará la capacidad de pensar, reflexionar, de desarrollar sus ideas, sus deseos de saber hacer, etc.. El AT trabaja con el paciente dejándole tomar la iniciativa, inclusive creándole dificultades para que el paciente las resuelva. Cada vez que el paciente logre terminar un trabajo por más insignificante que sea o solucionar una dificultad es un logro importante, aunque lo logrado sea para un observador externo algo sin importancia.

En esta búsqueda, en esa observación profunda, podrá el AT ir identificando aquellas actividades que al paciente le gusta, como ser pintar, cantar, construir algo con algún material, trabajar en alguna disciplina, etc. Esto le servirá al AT para ir pensando en elaborar un Proyecto de vida, lógicamente en conjunto con el terapeuta.

AT como investigador de recursos logísticos

El AT investigará, además del tipo de relaciones con sus familiares, otras relaciones con todas aquellas personas allegadas a él, que desempeñan roles fijos cotidianamente, cómo ser, empleada doméstica, jardinero, chofer, amigos, etc., a fin de movilizarlos terapéuticamente cuando la estrategia establecida requiera de ellas a fin de ampliar su entorno social y conocer sus roles. Asimismo, el AT debe intentar tener conocimiento de aquellos lugares donde el

sujeto pueda adquirir capacitación en los aspectos que hacen referencia a su proyecto de vida.

Debe plantear al equipo o al Terapeuta, cuando sea el momento, un plan o Proyecto de vida que es en el fondo el objetivo de la rehabilitación

El A.T. como enlace entre el paciente y la familia

El acompañante terapéutico al establecer una alianza con el paciente, al entrar en su mundo, se pone también en contacto con esa sub-cultura familiar del paciente, el sistema vincular conflictivo de la familia. No es objetivo del AT "*defender*" al paciente, sino de servir de puente, de enlace con la familia. El paciente necesita de su familia. El AT infiere por su sola presencia cambios en el sistema familiar. Se ha metido como cuña en esa red y la familia lo vive en principio con la fantasía de que es el paciente quien va a cambiar, sin cambiar ella.

Debemos tener en claro que esta intervención "terapéutica" al paciente, es en realidad a la familia también, y esto genera lógicamente una crisis en esa cultura enferma de la familia; esto va a ocurrir y se debe estar precavido para actuar en esta contingencia.

En este sentido, poco a poco la familia se puede sentirse exigida y ve al AT como un cuerpo extraño al que hay que expulsar o boicotear. La crisis creada por la presencia de un extraño y que logra vincularse con el paciente crea angustia, sentimientos de culpa, que si el AT no lo advierte, puede actuar fomentando esta situación. A veces es necesaria una intervención del Terapeuta en la familia a fin de explicar o aclarar a la misma lo que se pretende hacer con el paciente y mostrar también cual es la situación del paciente en ese contexto.

Es el equipo o el terapeuta que va a mostrarle al AT lo que no está viendo y ajustará a partir de ello su actitud. Actitud que debe ser de ayuda también a la familia para orientar en la crisis hacia un aprendizaje de la realidad.

Es aquí donde corre peligro el AT de ser englobado, fagocitado por el sistema familiar, es decir entrar en el mismo tipo de comunicación de la familia. El trabajo de equipo o del terapeuta se ve aquí claramente como de rescate y de descontaminación del AT.

Capítulo III

Los espacios terapéuticos



El ambiente terapéutico necesario para lograr la rehabilitación de un paciente psicótico es un espacio donde “conviven” pacientes de características psicóticas y donde pueden vivir sin miedos, angustias, donde hay libertad de expresar lo que se siente, donde no hay autoritarismos, es un régimen horizontal no piramidal, es democrático, donde se respeta al otro y se cuida de él. En este ambiente “amable”, tolerante, que invita al encuentro con el otro, donde existen **sí reglamentos, acuerdos que permiten la convivencia se desarrollan actividades que apuntan a la rehabilitación**, actividades que tienen que ver sobre todo con **la comunicación** y además a reafirmar al paciente **como persona**, apuntando desde **su identidad**, integrando sus capacidades, talentos y sobre todo sus derechos como ser humano.

Es aquí donde el AT se configura como un profesional, que siguiendo las instrucciones del terapeuta, tiene con el paciente una relación que se caracteriza por una escucha, una contención de las emociones, es condescendiente con los delirios y /o alucinaciones, o en los casos de un paciente con síntomas negativos, a veces, solo lo acompaña y lo cuida y poco a poco va estableciendo una relación con él, el AT investiga todos estos elementos de la conducta del paciente a fin de ir comprendiendo lo que le pasa.

Estos espacios se dan en la comunidad terapéutica, en los centro días, en los espacios comunitarios, etc.

Estos espacios son la respuesta de los sistemas de la salud mental en contraposición a los espacios generados en los espacios manicomiales de los hospitales psiquiátricos donde la característica principal es el abandono total al paciente, la incomunicación, la pérdida de su identidad, el autoritarismo existente, los tratamientos que se realizan solamente para que el paciente no esté excitado, utilizando actos inhumanos como el electroshock no terapéutico, celdas de contención y otras acciones inhumanas que hacen que el paciente en poco tiempo deje de ser persona.

La comunidad terapéutica (CT)

La CT es una modalidad de tratamiento psicosocial para personas con trastornos mentales que se caracteriza porque está centralizada en el paciente y ofrece un ambiente seguro y estructurado que permite trabajar en su recuperación, donde sus DDHH no sólo se respetan sino también son utilizados como herramienta terapéutica. Se trata de que la internación sea lo más breve posible.

Además de las terapias tradicionales como la terapia individual y grupal, los pacientes también participan en actividades terapéuticas específicas, como la terapia ocupacional, la terapia de arte, la terapia de música y la terapia de movimiento y actividades lúdicas. Estas actividades ayudan a los pacientes a estar bien, desarrollan habilidades sociales y de comunicación, ayudan a fomentar la creatividad y la expresión, y a mejorar su bienestar emocional.

En la CT se debe contemplar una convivencia donde persisten en principio dificultades fundamentales en la comunicación, donde prevalecen conductas inadecuadas y los síntomas como los delirios, los miedos, las angustias, las

alucinaciones y también agresividad. Estas situaciones son manejadas con mucho cuidado y respeto y es aquí donde la CT se diferencia de las internaciones con modalidad de custodia, de los manicomios, donde estas situaciones se resuelven con castigos, encierros, electrochoque, camisas de fuerza y otras atrocidades **más**.

En la CT estas situaciones se resuelven con la tolerancia, con el dialogo y la perseverancia de los agentes terapéuticos en comprender, explicar, conceder o restringir, contener a través de la persuasión; es aquí donde los psicofármacos ofrecen su ayuda para aliviar los **síntomas** y colaborar también en permitir la convivencia necesaria para las intervenciones propias de la CT.

El ambiente terapéutico

La comunidad terapéutica es un enfoque de tratamiento que plantea una interacción social de un individuo con el ambiente, formando parte de su proceso de rehabilitación. En ese sentido la comunidad terapéutica al plantear este tipo de ambiente ayuda a los pacientes a superar sus problemas emocionales, sus miedos; y el sentido de libertad, de seguridad, permiten al paciente tener comportamiento adecuado.

La comunidad terapéutica está diseñada para ser un espacio de apoyo para los pacientes, tanto los terapeutas como las personas que trabajan en ese sitio, deben sostener esta situación.

La comunidad terapéutica también enfoca la enseñanza de habilidades prácticas para la vida diaria, como la gestión del tiempo, la higiene personal, la gestión financiera, la disciplina. Los pacientes también aprenden sobre la im-

portancia de una dieta saludable y el ejercicio regular para mantener una buena salud física y emocional.

El ambiente que proporciona una comunidad terapéutica plantea una estructura y un ritmo para la vida cotidiana de los pacientes. Esto se logra estableciendo horarios de actividades atrayentes a las que los pacientes asisten voluntariamente, asimismo, puede incluir horarios de actividades diarias, comidas regulares, tiempo para la reflexión y actividades de grupo.

El ambiente así estructurado ayuda a los pacientes a sentirse seguros y a tener un sentido de estabilidad y normalidad en sus vidas. Además, también fomenta el trabajo en equipo y la colaboración con los otros. Allí los pacientes aprenden a trabajar juntos y a apoyarse mutuamente en el proceso de superar sus problemas.

Este ambiente es como una cancha de juego que tiene sus reglas, sus criterios que definen su objetivo.

En la modalidad de comunidad terapéutica o centro día, en esta “cancha”, el ambiente como se detalla más arriba, es fundamental, porque el paciente (quien debe “jugar”) requiere de la seguridad necesaria para abrir las puertas de su mundo interno en que se encuentra encerrado. Por lo que debemos expresar, como lo señalamos anteriormente, que la regla fundamental es el respeto a sus DDHH, el trato amable y tolerante; las reglas que deben seguirse no deben ser rígidas y darle tiempo al paciente a aprenderlas, entre ellas, las principales son: no agresividad, no violencia, no consumición de alcohol o drogas ilícitas, no relaciones sexuales, asistir a las actividades programadas, respetar los horarios en general. El AT es quien debe cuidar que este ambiente sea propicio para el desarrollo del programa que

se establece. El AT en este ámbito puede asistir a varios pacientes.

El ambiente así planteado es considerado terapéutico porque permite que el paciente vaya estableciendo relaciones con las personas que conforman ese ámbito.

Ese espacio, en esas condiciones, genera un encuentro muy importante que permite trabajar aspectos de la comunicación, dado que ésta es la más afectada y la más necesaria para iniciar el proceso terapéutico.

La comunicación es una parte fundamental de cualquier relación humana y es especialmente importante en el tratamiento de pacientes psicóticos. A menudo, los pacientes con psicosis pueden tener dificultades para comunicarse claramente debido a los síntomas de su trastorno, como alucinaciones, delirios y pensamiento desorganizado. En este ambiente se intenta mejorar este importante aspecto para lo cual se realizan algunas maneras de ayudar:

1. Establecer una relación de confianza: Es importante que los pacientes psicóticos se sientan cómodos y seguros cuando están con otros, así podrá hablar o por lo menos intentar hacerlo y para establecer una relación de confianza, es necesario ser cálido, amable y comprensivo, y demostrar un interés genuino en lo que respecta a su persona.
2. Escuchar activamente: Escuchar activamente es una habilidad importante para mejorar la comunicación con pacientes psicóticos. Esto significa prestar atención a lo que el paciente está diciendo, reaccionar ante esto haciendo preguntas claras y reflexionar sobre lo que se ha dicho para demostrar que se comprende su punto de vista.

3. Ajustar el lenguaje y la velocidad de la comunicación: Los pacientes psicóticos pueden tener dificultades para comprender el lenguaje complicado o las conversaciones demasiado rápidas. Por lo tanto, es importante ajustar la comunicación al nivel de comprensión del paciente, utilizando un lenguaje simple y claro y hablando a una velocidad que sea fácil de seguir.
4. Usar técnicas de comunicación no verbal: La comunicación no verbal también es una herramienta importante para mejorar la comunicación. Esto incluye hacer contacto visual, usar gestos y expresiones faciales claras, y adaptar el tono de voz para reflejar la emoción.
5. Evitar juzgar o culpar: Los pacientes psicóticos pueden sentirse vulnerables y pueden tener dificultades para comunicarse debido al temor en la relación con el otro.

Todas estas maneras de comunicación apuntan a una transmisión y comprensión de pensamientos, ideas, criterios y expresión de algún tipo de afecto.

Este “paquete” vincular (transferencia, como dirían los psicoanalistas) implica también para el AT una relación significativa, que estará ayudando en esa tarea de ir comprendiendo el mundo que lo circunda, las ideas que surgen, los afectos que sienten etc., y además el proceso de integración con otras actividades que permitirán una re-estructuración de su mundo interno a través de estimular interacciones que se van dando.

Esto constituye el primer paso para la generación de una espiral dialéctica que posibilita el aprendizaje de una experiencia nueva que permitirá establecer un proyecto de vida.

***Grupos de trabajo y discusión
sobre lo que realizan***

Las actividades en la CT

1. La Asamblea

Una de las actividades fundamentales en la CT es la llamada asamblea comunitaria que se realiza por lo general semanalmente y participan todos los pacientes, los profesionales, y todos los que trabajan en la CT incluyendo la cocinera, limpiadoras choferes etc. Este es un espacio comunitario por excelencia, y hace referencia a la horizontalidad, a los DDHH, donde todos tienen voz y pueden analizar los problemas cotidianos, inclusive reglamentos, horarios.

En tanto es un espacio comunitario donde todos pueden hablar y plantear problemas es un espacio en el que se practica la democracia.

Esta actividad debe estar planificada en el horario normal de la CT y los planteamientos deben ser lógicos y adecuados; el espacio es democrático pero no caótico, y debe tener un orden del día y estar dirigida por un integrante de la CT que puede ser un paciente que tenga ya la experiencia de dirigirla con la ayuda de uno de los profesionales.

En esta actividad se pretende que el paciente sea uno más de los que integran la CT y sus expresiones sean escuchadas y discutidas. Esto se constituirá para el paciente un logro importante en la reconstrucción de su "Yo" y de ser considerado persona y respetada como tal. El paciente se sentirá mucho más afianzado en la realidad y su autoestima aumentará.

En principio esta actividad es fundamental para la CT porque su funcionamiento depende de ella y todos los integrantes forman parte de la misma, así el paciente va construyendo su identidad y será responsable de su propio cre-

cimiento. Aquí el paciente tiene la libertad de expresar sus sentimientos, sus ideas, sus inquietudes y lo expresa frente a sus compañeros, frente a las autoridades y es escuchado, sus expresiones muchas veces se aprueban o se rechazan, lo que significa que fue escuchado y esto para él es muy importante.

*Pacientes en reunión general o asamblea
en una comunidad terapeutica o centro día*

2. Los grupos operativos

Esta actividad es para trabajar la comunicación y en la capacidad de expresar el pensamiento, en mejorar la coherencia de los mismos. Los grupos operativos son de gran ayuda; siguiendo la teoría de Pichón Riviere, hace referencia al proceso de aprendizaje que se produce en el interior del grupo, al abordar una tarea determinada, cualquiera sea, que los pacientes deciden desarrollarla. Los miembros del grupo acceden con sus propios criterios sobre la misma, a esto lo llamó E.C.R.O. (Esquema Conceptual Referencial Operativo). Es decir todo lo que sabe sobre el tema, lógicamente que será diferente según cada miembro, al entrar a hablar, preguntar, discernir, etc. El grupo va componiendo su propio ECRO y cada uno va absorbiendo el nuevo conocimiento. Aparte de esto, el paciente se va relacionando a partir de las intervenciones y del proceso de trabajar juntos un tema; se va relacionando con el otro, y de este modo lo va introduciendo en su mundo interno como un vínculo, algo más que un simple relacionamiento. Ese vínculo irá cargado de conocimientos de esa persona y también de algún tipo de afecto. Este proceso es fundamental en la reconstrucción de su mundo interno. En este proceso además

se va afianzando su criterio de realidad y confianza en sí mismo, lo que mejorará su autoestima.

3. Los grupos informales

Además de los grupos operativos, en la CT existen grupos informales que se van creando espontáneamente que hacen referencia a temas cotidianos que surgen y se crean momentos de discusión como por ejemplo un evento importante para ellos como un partido de fútbol, por ejemplo. Allí los pacientes discuten y un agente terapéutico coordina para que haya un cierto orden. En estos eventos informales los pacientes expresan libremente sus ideas que son escuchadas y que él también escucha y responde. Este proceso le permite salir de su ensimismamiento e insertarse en la realidad, al mismo tiempo, es una actividad casi lúdica. El paciente al poder expresar lo que piensa y lo que siente espontáneamente conforma otra instancia de ordenar su mundo interno e insertarse en la realidad que es lo que se busca como un paso importante para la elaboración de su programa de vida.

4. Actividades creativas

En la comunidad terapéutica se plantean actividades que puedan estimular a los pacientes participar. La idea fundamental es estimular a través de estas actividades a salir de su ensimismamiento, de su autismo y al mismo tiempo indagar sobre sus talentos. Estas actividades pueden ser artísticas creativas como la pintura, la música, el Coro, el Teatro etc., o actividades deportivas.

Pintura: En esta actividad se le enseña al paciente cómo utilizar los elementos y cómo realizarlas, este trabajo puede hacerse en forma individual o grupo; de

cualquier manera el producto del paciente se discute en grupo, el paciente expresa qué pretendió pintar y es allí donde se van comprendiendo más datos sobre la mente del paciente.

Música: En esta actividad se aprende a escuchar y valorar la música como también a ejecutarla sobre todo cuando se realiza en conjunto como para formar un conjunto musical donde los pacientes prueban en principio los instrumentos muy simples disponibles y el coordinador va ensamblando los sonidos de los instrumentos estableciendo de esta manera una especie de proceso que va del caos en que todos tocan sus instrumentos hasta que con la ayuda del coordinador van estableciendo una armonía. Esta actividad hoy en día está bien organizada y los profesionales que la emplean deben estar bien citados. La experiencia activa en la mente del paciente la distinción de los sonidos, de los momentos y la diferencia del caos de los sonidos y de la armonía.

Coro: Aquí también el paciente aprende a escuchar su voz, la de los demás y lograr ensamblar lo que el coordinador plantea. Cuándo y cómo intervenir en la música que se está cantando.

Teatro: En esta actividad también el paciente se entrena a memorizar su parte y saber cuándo entrar.

Todas estas expresiones artísticas constituyen estímulos muy importantes al cerebro a fin de ordenar el mundo interno del paciente.

Actividades manuales: También las actividades manuales son muy importantes. Dentro de estas se encuentran actividades que tienen que ver con trabajar la tierra en una granja o en jardines, las pequeñas construcciones como aquellas que realiza con la carpintería, la herrería, lodo u otros materiales que pueden servir para el objetivo. **Lógicamente el coordinador especializado enseñará al paciente** cómo utilizar los elementos y las ideas que tiene el paciente sobre qué quiere elaborar; el coordinador deberá enseñarles cómo debe hacerlo. Estas actividades hacen que el paciente se sienta útil y capaz de lograr su objetivo.

Centro Día: El centro día (CD) es muy similar a la CT ya que el ambiente es el mismo, los pacientes que integran esta modalidad ya han dado un paso muy importante en su proceso de rehabilitación. Cuando los pacientes están con pocos o ningún síntoma, siguen el proceso pero sin necesidad de quedarse a dormir en la Institución, lógicamente ingresa a esta modalidad, en otra Institución donde el paciente trabaja desde la mañana hasta una hora determinada de la tarde y regresa a su casa a estar con sus familiares, cenar con ellos y dormir.

Hay pacientes que no necesitan internarse en la CT e ingresan directamente en el CD y siguen allí su proceso que es idéntico al de la CT. Indudablemente que esta modalidad es mucho más económica que una CT ya que no hay enfermeras, no hay cena y no se duerme y por ende no hay médicos de guardia.

Capítulo IV

La rehabilitación



La salud mental es la base de un estado de bienestar general, físico y emocional. La rehabilitación del paciente está destinada a proporcionar un entorno propicio para mejorar su calidad de vida.

Sostenemos que la psicosis no se cura, que los medicamentos que se usan son muy útiles...pero no curan, permiten sin embargo al paciente controlar la situación y al terapeuta posibilitar una comunicación con el paciente que le va a ayudar muchísimo en su proceso de “estar en el mundo”.

Pero debemos preguntarnos qué entendemos por rehabilitación. El sujeto, en la rehabilitación, es antes que nada una persona, por supuesto única, lo que implica una evaluación global, no para hacer un diagnóstico psiquiátrico sino para hacer un **diagnóstico de vida**, lo que permitirá conocer sus fortalezas, sus talentos, sus dificultades y a partir de ahí establecer una estrategia para elaborar un programa de rehabilitación que implica capacitación pertinente.

El objetivo principal de la rehabilitación psicótica es ayudar al paciente a recuperar las habilidades cognitivas, sociales y emocionales desde un punto de partida cero o ligeramente positivo.

Ese proceso, como dijimos, le permitirá saber sus debilidades y fortalezas, conocer cómo se relaciona con sus allegados, y cómo resuelve las dificultades propias de la vida, y tener una idea de lo que le pasa a esta persona. Para ello

será necesario reducir los síntomas negativos, restaurar la función cognitiva y mejorar la capacidad de relacionarse con otros. Es por eso que esa evaluación debe ir más allá de las entrevistas, y esto implica que debe realizarse en un proceso de convivencia con el AT y lograr un aprendizaje de vida, en un ambiente especial como los que desarrollamos en páginas anteriores, y en este proceso, el AT jugará un rol muy importante, ya que en esa convivencia, esa evaluación se efectuará en función a las experiencias que tanto el AT como el paciente estarán compartiendo. Esa evaluación, además de anotar datos, permitirá la generación de un vínculo, como diría Pichón Riviere. La tarea de evaluar posibilitará la generación de un vínculo, que puede decirse terapéutico porque permitirá al paciente volver a sentirse seguro, acompañado, volver a ser persona, volver a confiar, expresarse, comunicarse, relacionarse y aprender de esta experiencia.

El vínculo que se crea es un vínculo activo en el que la libertad es indispensable, donde el sujeto será siempre el que exprese lo que siente, lo que le gusta o disgusta y esta relación le permitirá constituirse en el hacedor de su propia rehabilitación; el AT en esta situación sólo orientará, mostrará caminos diferentes, corregirá errores. En otros términos, el sujeto debe estar “sometido” a un proceso, que se debe desplegar en un determinado tiempo y en un determinado ambiente, que puede ser la Comunidad terapéutica, Centro día, o en forma individual, en su propia casa, donde las interacciones se dan en forma intensa.

En este contexto el paciente debe estar en condiciones para acceder al siguiente estadio que implica un compromiso personal. En todo el proceso terapéutico, con la ayuda del AT el paciente pudo lograr: ser coherente, el nivel de

comunicaciones es aceptable, tener conciencia de su trastorno, comprender que debe emprender una actividad que no sólo le permitirá estar bien sino también debe ser en lo posible productiva, tener una relación aceptable con sus familiares y tener la colaboración de ellos en este emprendimiento para iniciar la rehabilitación.

Este emprendimiento por más pequeño que sea, es muy importante porque le abre las puertas al sistema social, por lo cual los profesionales deben tener el cuidado de no fracasar en este intento. En estas condiciones el sujeto está pronto a iniciar sus capacitaciones o estudios que le permitirán iniciar una experiencia diferente.

La psicoterapia individual lógicamente ayudará, pero por sí sola requerirá mucho tiempo en lograr lo deseado, con el concurso del AT, en tanto que está mucho tiempo con el paciente permitirá conocer mejor la situación de éste y su familia o entorno.

En el proceso terapéutico, el acompañante terapéutico le va acercando datos importantes y el terapeuta con los mismos va armando un “rompecabezas” que permitirá dar el paso final. Los datos reportados hacen que el paciente esté convencido de lo que quiere hacer y el terapeuta está en condiciones de plantear un Proyecto de vida que implica estudios, capacitaciones, experiencias que el paciente debe acumularlas y estar en condiciones de asumirla.

El Proyecto de vida

El concepto de “proyecto de vida” es importante en el campo de la salud mental, sobre todo en pacientes psicóticos y en su rehabilitación. Esto significa crear un plan para su futuro y trabajar para lograr sus objetivos.

Según un documento publicado por *Benito Menni CASM de Hermanas Hospitalarias de Sant Boi*, el proyecto de vida es un elemento fundamental para la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental. Es importante destacar que para desarrollarlo, es necesario descubrir las capacidades personales y talentos del paciente que es una tarea fundamental del AT y el terapeuta o su equipo. Este trabajo, se elabora con el paciente y se determina los pasos que hay que seguir para ir logrando los objetivos, esto incluye capacitación, entrenamientos etc.

El proyecto de vida es un eje que ayuda a los pacientes a mejorar su calidad de vida.

La elaboración de un proyecto de vida es pues una herramienta importante en el proceso de rehabilitación de la psicosis.

Aquí se indican algunos pasos que pueden ayudar a elaborar un proyecto de vida en el contexto de la rehabilitación de la psicosis:

1. **Identificar las metas y objetivos:** El primer paso es identificar las metas y objetivos a largo plazo que se desean alcanzar. Estas metas pueden estar relacionadas con la educación, la carrera, las relaciones, la salud mental y física, o cualquier otra área de la vida que sea importante para la persona.
2. **Evaluar las habilidades y fortalezas actuales:** Es importante evaluar las habilidades y fortalezas actuales para determinar lo que se necesita para alcanzar las metas y objetivos establecidos. Esto también puede ayudar a identificar las áreas en las que se necesita mejorar y desarrollar habilidades adicionales.
3. **Identificar los recursos necesarios:** Identificar los recursos necesarios para alcanzar las metas y objetivos esta-

blecidos es un paso importante. Los recursos pueden incluir apoyo social, financiero, educativo o cualquier otro recurso que pueda ayudar a alcanzar las metas.

4. **Desarrollar un plan de acción:** Una vez que se han identificado las metas, las habilidades y fortalezas actuales y los recursos necesarios, es importante desarrollar un plan de acción con pasos concretos y medibles. El plan de acción debe ser realista y adaptado a las necesidades y capacidades de la persona.
5. **Revisar y actualizar el proyecto de vida:** Es importante revisar y actualizar regularmente el proyecto de vida a medida que cambian las circunstancias de la persona. Esto puede implicar ajustar las metas y objetivos, identificar nuevas habilidades y fortalezas, o modificar el plan de acción para adaptarse a las necesidades cambiantes

Es importante destacar que el proceso de elaboración de un proyecto de vida es complejo y requerirá sin lugar a dudas del trabajo del equipo de profesionales que trabajan en este programa. Estos profesionales (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, trabajadores sociales, educadores capacitados) pueden ayudar a la persona a identificar y abordar las barreras que puedan surgir durante el proceso de rehabilitación de la psicosis. Además, el apoyo de la familia, amigos y otros miembros de la comunidad también es fundamental en este proceso de elaboración del proyecto de vida.

En esta etapa nueva, el paciente, sin que esto signifique estar curado, requerirá un acompañamiento diferente, un acompañamiento que le brinde seguridad y consistencia a su identidad y a su persona que está empezando a germinar. El paciente está ingresando en un mundo nuevo, muchas veces agresivo, violento, donde tiene que aprender a defenderse.

El proceso de reinserción social se inicia, se tendrá en cuenta otros espacios como por ej. Cooperativas sociales comunitarias donde puede encontrar su propio espacio.

*Pacientes ocupando su tiempo
en trabajar y/o discutir lo que hacen.*

Conclusión

El acompañamiento terapéutico, al trabajar fundamentalmente con la comunicación y el relacionamiento con el paciente y sus familiares busca modificar, rectificar conductas inadecuadas a través de comprender el contexto familiar de donde proviene el paciente y lograr un clima de convivencia familiar en la que el paciente sea aceptado y aceptar el proceso de rehabilitación.

En este proceso se da un aprendizaje de roles y una modificación de las representaciones internas que el paciente cuenta y a partir de esto promover una mayor estructuración de su personalidad, situación ésta que permitirá llevar adelante un proyecto de vida para su rehabilitación social.

El acompañamiento terapéutico es una práctica que es ser muy útil en el tratamiento de pacientes con psicosis. El acompañante terapéutico puede posicionarse como soporte simbólico transitorio frente a un sujeto con psicosis, logrando restablecer el lazo social.

El trabajo del AT en la psicosis es fundamental en las instituciones psiquiátricas, los hogares, los hospitales, ya que el sujeto psicótico tiende hacia el auto encierro, es decir, a no querer socializar aquello que le pasa, aquello que piensa, el paciente sufre por ello .

El trabajo del AT se refiere a una modalidad de abordaje intensivo que puede ser Institucionalizado o no. Institucionalizado en las estructuras de una CT o CD o simplemente el AT con su propia estructura, es decir el AT pasa varias horas del día con el paciente en su domicilio, siempre bajo las orientaciones del Terapeuta.

El trabajo del AT es intensivo porque se utilizan varias horas por día, y en la que interviene un terapeuta, que es el que dirige el proceso terapéutico.

Se señala también en muchos casos, la presencia de un equipo de dónde proviene el acompañante. Este equipo de trabajo que tiene funciones de reflexión, de control vincular con el paciente, la familia y de la propia angustia que este trabajo genera.

El terapeuta necesariamente debe ser un psiquiatra especializado en rehabilitación o un psicólogo clínico especializado o un psicoanalista, con los datos que ha recibido de las entrevistas y de los aportados por el A.T en el proceso de acompañamiento elabora un **diagnóstico de vida** que se irá modificando en función a los logros o no del tratamiento, y a partir de ahí se planifica una **estrategia de rehabilitación**. El A.T. recibe consignas tendientes a ajustar la vinculación en proceso. El A.T al entrar en relación con el paciente, entra también en la red vincular de la familia y su presencia implica cambios en este sistema familiar.

El acompañamiento terapéutico está indicado en todos aquellos pacientes que requieren una atención intensiva, constante en donde la internación psiquiátrica no está indicada o se plantea otra alternativa como una internación a domicilio y los tratamientos psicoterapéuticos y psiquiátricos clásicos únicos son insuficientes.

El terapeuta, una vez que contiene los datos necesarios, puede elaborar un programa que permitirá poner en condiciones al paciente (capacitaciones, experiencias etc.), que le permitirá de esta manera hacer frente a la problemática social e intentar insertarse en ella.

**El trastorno mental: atrapado
en el caos de su mundo interno**

El proceso de liberación

La meta lograda

Referencias

- Arestivo C. Saua, *Del Manicomio a la Comunidad Terapéutica*, Arandurã Editorial, 2019.
- Arestivo C. Saua, *Psiquiatría si... pero critica*, Arandurã Editorial, 2021.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). *Declaración de Consenso WAPR /WHO. Rehabilitación Psicosocial*. Recuperadodehttp://www.wapr.info/World_A
- Basaglia F., *Cosa è la psiquiatria*.
- Bateson G., *Interacción Familiar*.
- Bauleo A., *Ideología, Grupo y Familia*.
- Blejer J., *Psicología de la Conducta*.
- Blejer J., *Simbiosis y Ambigüedad*.
- Cooper D., *Psiquiatría y Anti psiquiatría*.
- Goffman, *Internados*.
- Halley J., *Tratamiento de la familia*.
- Jackson D., *Teoría de la Esquizofrenia y otros*.
- Jones M., *La comunidad Terapéutica*.
- Kuras S., *Acompañantes Terapéuticos y pacientes Psicóticos y otros*.
- Laing, *Cuestionamiento de la Familia*.
- Moreno J. L., *Psicodrama*.
- Pichon Riviere, *El proceso grupal*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Pichon Riviere, *Teoría del vínculo*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Quiroga A., *Protovínculo*, Apuntes.

Rodriguezr G.A. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, 1997. Madrid: Pirámide.

Watzlawick P. *Teoría de la Comunicación*.

Watzlawick P. *El Lenguaje del Cambio*.

Índice

Capítulo I

Acompañamiento Terapéutico (AT)	
Concepto Funciones.....	15

Capitulo II

La razón de ser del acompañamiento terapéutico.....	25
1. El equipo de acompañamiento Terapéutico	28
2. Requisitos del AT.....	31
3. Los Roles del AT	32
Otras de las funciones del AT es contener la angustia del paciente.....	34
Colaboración con el terapeuta en el proceso terapéutico	36
El AT debe investigar los talentos	37
AT como investigador de recursos logísticos	37
El A.T. como enlace entre el paciente y la familia..	38

Capítulo III

Los espacios terapéuticos	41
La comunidad terapéutica (CT)	44
El ambiente terapéutico	45
Las actividades en la CT	49
1. La Asamblea	49
2. Los grupos operativos	50
3. Los grupos informales.....	51
4. Actividades creativas.....	51

Capítulo IV

La rehabilitación	55
El Proyecto de vida.....	59

Conclusión	63
------------------	----

Referencias	67
-------------------	----

Se terminó de imprimir en agosto de 2023.
Arandurã Editorial
Tte. Fariña 1028
Asunción - Paraguay
Teléfono: (595 21) 214 295
e-mail: arandura@hotmail.com
www.arandura.com