



I R F O C O P

## **Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos**

**Leonel Dozza de Mendonga**  
**Psicólogo**

El Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención analítico-asistencial, es decir: que parte de una concepción psicoanalítica del enfermar psíquico y propone formas asistenciales de intervención (Winnicott, 1979;1991). Una de sus especificidades consiste en que el Acompañante Terapéutico realiza su labor fuera de los contextos institucionalizados de tratamiento (casa del paciente, calle, medios de transporte público, etc.) (AAVV, 1991a). Su surgimiento tuvo lugar sobre todo en Argentina y Brasil, a finales de los años setenta, y derivó de la necesidad de brindar una asistencia sociocomunitaria a pacientes que estaban pasando por un proceso de desinstitucionalización (AAVV, 1991b). En definitiva, se trata de un rol profesional gestado en el seno del movimiento antipsiquiátrico.

En términos generales diríase que: 1) el Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención que busca contribuir a la reinserción social del paciente, y 2) el Acompañante Terapéutico realiza su labor en lo social. Sin embargo, creo que en Salud Mental muchas veces se opera desde una concepción equivocada del término "social". De ahí la propuesta de empezar con un postulado que invita a la reflexión, cual sea: lo social es un lugar que no existe.

Por lo general, cuando en Salud Mental se habla de inserción social, lo primero que se nos ocurre es que lo social son aquellos lugares que están fuera del hospital psiquiátrico. La inversa sería: al estar dentro del psiquiátrico, el paciente estaría fuera de lo social. otra cosa que se nos ocurre pensar, es en aquellos pacientes que se encierran y no salen de su casa. Entonces se dice: "hay que hacer un trabajo de reinserción social", como si, al estar dentro de la casa, ello significara que el paciente está fuera de lo social. Creo que esta forma de pensar lo social es equivocada, puesto que se sabe que tanto el hospital psiquiátrico, como la familia, son instituciones sociales. Desde esta perspectiva,

el término "reinserción social" no tiene sentido, porque la palabra "reinserción" significa que en algún momento el paciente dejó de estar inserto; y lo que intento decir es que, esté donde esté, el paciente nunca deja de estar inserto en lo social. En otros términos: mientras las personas en general pueden articular diferentes formas de inserción (padre, madre, hijo, profesional, vecino, miembro de grupos y asociaciones), estos pacientes sólo pueden insertarse en cuanto el enfermo de la familia, el loco del barrio o el paciente de determinada institución. En ningún momento el paciente deja de estar inserto, y el problema estriba en que está inserto en lo "social psiquiatrizante", por decirlo de alguna forma. Por lo tanto, nuestra labor debe apuntar hacia "nuevas inserciones", en el sentido de contribuir a la inserción del paciente en lo "social socializante".

En cierta ocasión, los padres de un paciente solicitaron un Acompañamiento Terapéutico para su hijo. Fundamentalmente, se quejaban de que Carlos estaba todo el día en la cama y no hacía nada. Empezamos el Acompañamiento Terapéutico, y ya en los primeros encuentros me di cuenta de que sobre todo la madre estaba constantemente estimulando a su hijo para que hiciera algo; y eso que ya le había obligado a recibir clases de tenis y piano. El Acompañamiento también había sido algo impuesto, y la madre constantemente pedía (y hasta intentaba ordenar) que yo estimulara al paciente para que hiciera algo.

Aquí ya tenemos un ejemplo de qué quiero decir cuando hablo de lo social psiquiatrizante. Hay ciertas madres que, debido a su alto grado de ansiedad, tienen la necesidad de estar constantemente estimulando a su hijo, pues sienten que sin esa estimulación el niño se va a morir, o no se va a desarrollar y ser independiente. Sin embargo, es justamente esta dinámica de sobrestimulación la que le impide al niño descubrir sus intereses y existir por sí mismo. Algo muy parecido pasaba en la relación entre esta madre y Carlos, de modo que, cuando éste último estaba en el club, recibiendo sus clases de tenis, en realidad estaba inserto en lo social psiquiatrizante, porque no era él (Carlos) quién estaba ahí, sino su madre. Mejor dicho: Carlos sólo podía existir y hacer cosas bajo la condición de objeto de la demanda materna. Sin embargo, en pocas semanas el paciente dejó las clases de tenis y piano y volvió a meterse en la cama, lo cual me pareció que estaba bien. Es decir: su única forma de defenderse de la demanda materna, y afirmar su existencia en cuanto persona, era metiéndose en la cama; porque eso era lo único a lo que no le estimulaba su madre. El problema es que ahí se cerraba un círculo vicioso: para existir, tenía que no hacer nada; pero al no hacer nada, su existencia no tenía sentido.

De lo planteado se desprende que, al decir que lo social es un lugar que no existe, se quiere significar que lo social no tiene tanto que ver con lugares y espacios físicos; o con estar dentro o fuera del psiquiátrico o de cualquier otra institución. Si lo social no está delimitado por espacios físicos, ¿qué es lo que posibilita decir que

el paciente esté, o no, inserto en lo social? Esta cuestión no puede discutirse si no se tiene en cuenta la contrapartida que la complementa, y remite a la cuestión de la inserción social de los profesionales.

Se suele decir, o dar por sentado, que el psicótico no tiene recursos (afectivos, conductuales, etc.) para insertarse en lo social. Por otra parte, es interesante observar que sobre todo a partir del movimiento antipsiquiátrico, 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 ... ; con lo cual, los pacientes oscilan entre dos alternativas: el ingreso psiquiátrico o el abandono en la comunidad. Ahí se cierra el círculo vicioso, puesto que el abandono suele conducir a nuevos ingresos psiquiátricos. En definitiva, cabe tener presente que todo intento de Reforma Psiquiátrica debe enfrentarse a una doble problemática, a saber: que tanto los pacientes, como los profesionales, encuentran dificultades y falta de recursos para insertarse en la comunidad y en lo social. Obsérvese que aquí he establecido una diferenciación entre lo que es la comunidad y lo social. Es decir: el hecho de que el Acompañante realice su labor en la comunidad, no garantiza que esté realizando una labor de inserción social. En este sentido, se ha observado que, a pesar de estar en la comunidad, muchas veces el Acompañante acaba reproduciendo, en el vínculo con el paciente, las ideologías psiquiatrizantes que en gran medida rigen el hospital psiquiátrico.

Podríamos citar varios ejemplos de ideología psiquiatrizante, como puede ser la idea del "loco-niño". Cuando un adulto habla con un niño, observamos que el primero hace una regresión comunicacional necesaria (cambio en el tono de voz, mayor empleo de la gestualidad, etc.). Por otra parte, es interesante observar cómo, en mayor o menor medida, ese tipo de regresión se manifiesta en la relación entre un profesional y el psicótico. De tal modo que, eso que podríamos llamar "infantilismo crónico", no tiene que ver tanto, o exclusivamente, con la psicosis en sí, sino fundamentalmente con esa forma de relacionarse con los pacientes.

Otro tipo de ideología psiquiatrizante -emparentado con la del "loco-niño"-, es la del "loco-tonto". En ese sentido, es interesante observar cómo algunas propuestas de entrenamiento en habilidades sociales acaban reproduciendo ese tipo de ideología. Entonces, uno se pone a enseñarle al loco a freír huevos. Sin embargo, varios autores han señalado que el problema en la psicosis no es tanto la falta de habilidades, sino más bien la imposibilidad de usarlas debido al derrumbe afectivo que el paciente sufre. Aquí sería interesante recordar cómo se constituye la subjetividad de un niño. En términos muy sencillos, diríase que un niño empieza a sentirse capaz, inteligente, autónomo, etc; en la medida en que es mirado, sobre todo por los padres, en cuanto tal. Es decir, que la subjetividad del niño se constituye en función de

cómo los padres le miran e interactúan con él (función especular) (Winnicott, 1981;1994). Si le miran como a un niño tonto, posiblemente se convertirá en ello. Algo muy parecido suele pasar en Salud Mental, porque nuestra mirada hacia el paciente suele estar impregnada de eso que he denominado "ideologías psiquiatrizantes", que no tienen que ver exclusivamente con el hospital psiquiátrico. En el ámbito familiar, ya he dado el ejemplo de la relación entre Carlos y su madre. La ideología psiquiatrizante, aquí, consiste en actuar según el supuesto de que hay que estimular constantemente a su hijo. Esa misma idea podemos encontrarla también en algunas prácticas de inserción. La diferencia estriba en que, en el primer caso, se trata de aplacar la angustia de la madre, y en el segundo, la del profesional.

En el ámbito comunitario también es muy común encontrar una serie de manifestaciones vinculares de esas ideologías psiquiatrizantes; es algo que con frecuencia se observa en los encuentros de Acompañamiento Terapéutico. Por ejemplo: paciente y Acompañante van a la panadería, y todo transcurre normalmente hasta que el dependiente se da cuenta de que se encuentra ante un "tipo raro". En ese momento, hay una especie de "clic" en la trama vincular: fue el paciente quién pidió el pan; sin embargo, el dependiente se dirige al Acompañante a la hora de hablar y cobrar (la idea de que el loco no responde por sí, incluso a la hora de comprar el pan). Puede que el paciente se meta un bollo en el bolsillo, y el dependiente, que se dió cuenta, "se hace el loco" (la idea de que el loco no tiene que responder por sus actos). En fin, podría citarse diversos ejemplos de cómo esas ideologías psiquiatrizantes aparecen bajo la forma de actitudes psiquiatrizantes; incluso en aquellas prácticas de reinserción que se apoyan en un discurso progresista. En el ejemplo de entrenamiento en habilidades sociales que di, el discurso apunta hacia lo social (promover la autonomía del paciente) pero la práctica apunta en dirección contraria. Y lo mismo puede pasar en Acompañamiento Terapéutico, puesto que, a pesar de estar en la comunidad y tener un discurso que apunta hacia lo social, las intervenciones del Acompañante pueden apuntar hacia la dirección contraria, cual sea: hacia lo social psiquiatrizante. En términos generales, diríase que el movimiento antipsiquiátrico planteó una serie de críticas en tres ámbitos distintos, a saber:

1) Arquitectónico: crítica a la arquitectura del hospital psiquiátrico, la disposición de las habitaciones y de las camas, las puertas cerradas (régimen carcelario), etc. En este sentido, poco a poco algunos hospitales abrieron sus puertas, otros siguen igual; se construyeron comunidades terapéuticas, centros de día, talleres de terapia ocupacional, ambulatorios.

2) Roles profesionales: A partir de esa crítica, hubo un cuestionamiento del rol del psiquiatra, se empezó a hablar de trabajo en equipo y empezaron a surgir nuevos roles (auxiliar psiquiátrico, terapeuta ocupacional, acompañante terapéutico,

tutor, terapeuta de familia).

3) Vincular: denuncia una serie de ideologías sociales acerca de la enfermedad mental, y cómo dichas ideologías acaban convirtiéndose en métodos de tratamiento (Foucault, 1991). Todo indica que ha sido en ese ámbito en donde menos se evolucionó.

Es decir, a pesar de los cambios en las estructuras concretas, en gran medida se sigue reproduciendo, en la relación con el paciente, toda la trama vincular que caracteriza a la psiquiatría más tradicional. En otros términos: a pesar de los cambios en las estructuras concretas, casi no hay propuestas de formación que contribuyan a cambiar los "muros mentales" que llevamos internalizados. Puede ocurrir que, desde el punto de vista concreto, Acompañante y paciente están en la comunidad, pero desde el punto de vista vincular, siguen "dentro" de lo social psiquiatrizante. Si he dicho que lo social es un lugar que no existe, fue para señalar que la cuestión de la inserción social no tiene que ver exclusivamente con espacios físicos (el psiquiátrico, la calle, etc.), sino con los espacios vinculares que se establecen entre profesional, paciente, familia, comunidad, institución. En definitiva, lo social (psiquiatrizante o socializante) es un espacio vincular. Esto es muy importante, porque muchas veces uno trabaja en el psiquiátrico y dice: "aquí no es posible hacer un trabajo de inserción social, porque no nos dejan salir con los pacientes". Pero eso no es necesariamente cierto; porque si se tiene en cuenta que lo social es un espacio vincular, incluso dentro del psiquiátrico es posible realizar una labor de inserción social. La inversa se da cuando uno trabaja en un taller de terapia ocupacional, o como Acompañante Terapéutico, y dice: "yo hago un trabajo de rehabilitación e inserción social"; pero eso tampoco es necesariamente cierto, porque si lo social es un espacio vincular, cabe la posibilidad de que incluso un Acompañante adopte una actitud más psiquiatrizante que la de aquella persona que trabaja en el psiquiátrico.

En los últimos años he tenido la oportunidad de brindar formación en Acompañamiento Terapéutico, fundamentalmente para enfermeros y auxiliares de psiquiatría. En este sentido, es interesante señalar las intensas angustias (confusional, etc.) que sufren sobre todo aquellos profesionales implicados en propuestas alternativas de inserción social (talleres, viveros, acompañamiento en la comunidad, etc.) . De tal modo, que muchas veces estas iniciativas se interrumpen o degeneran hacia modelos estereotipados de relación con los pacientes. Ello apunta a que la falta de recursos para insertarse en la comunidad y en lo social socializante, es una problemática que corresponde tanto a los pacientes como a los profesionales.

Para concluir, diría que tienen que seguir existiendo los hospitales psiquiátricos (porque son necesarios en muchos casos), hay que seguir construyendo centros de día, talleres de terapia ocupacional, centros de entrenamiento en habilidades sociales,

etc. Sin embargo, hay que tener en cuenta que de poco sirve cambiar los muros de la institución, si no hay propuestas de formación que contribuyan a cambiar los "muros mentales" que llevamos internalizados.

