

El acompañamiento terapéutico como dispositivo para la apropiación significativa de un espacio, análisis de un caso.

Echezuri, Lucía y Genoese, Sofía Ailén.

Cita:

Echezuri, Lucía y Genoese, Sofía Ailén (2023). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo para la apropiación significativa de un espacio, análisis de un caso. XIX Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Argentina, Mar del Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/luciaechezuri/15>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/phvQ/HzE>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO COMO DISPOSITIVO PARA LA APROPIACIÓN SIGNIFICATIVA DE UN ESPACIO, ANÁLISIS DE UN CASO

Modalidad de presentación: Trabajo libre

Eje temático: El AT en el ámbito de la Salud Pública

Autoras

ECHEZURI, Lucía

Lic. en Musicoterapia / Acompañante terapéutico

Hipólito Yrigoyen 6090 dpto. 11
Remedios de Escalada, Provincia de Buenos Aires

11-6309-5642

luciaechezuri@hotmail.com

GENOESE, Sofía Ailen

Estudiante de Lic. en Psicología / Acompañante terapéutico

Aconcagua 3389 Remedios de Escalada, Provincia de Buenos Aires

11-5587-0223

sofiagenoeseuniv@gmail.com

Institución: Construyendo Lazos AT - Equipo privado de acompañamiento terapéutico

Presentación del caso A

A es un hombre de 68 años que reside en una institución manicomial desde el año 1996. Con un diagnóstico de retraso madurativo, ingresó al hospital a sus 42 años por haber presentado múltiples episodios de gritos y excitación psicomotriz. Permaneció aproximadamente un mes en un servicio y luego fue trasladado al servicio en el que permanece hasta hoy en día. Su familia se mantuvo presente, visitándolo con frecuencia y recibéndolo en su casa los fines de semana hasta que, luego de unos años, fallecen sus padres y su hermana, lo que resultó en la pérdida de todos sus lazos familiares.

Antes de su hospitalización A disfrutaba de cierta autonomía: sostuvo algunos trabajos como bachero o cadete, y realizaba paseos de su interés por la ciudad, como ir al cine o a caminar. Tenía la posibilidad de desplazarse de forma independiente y gestionar pequeños montos de dinero.

Luego del fallecimiento de su familia el servicio en el que vive pasó a ser su lugar de referencia. El mismo se caracterizaba por tener una baja rotación de pacientes, y muchos de ellos, incluido A, llevaban internados allí muchos años manteniendo una convivencia amena y colaborativa. Luego de la pandemia y a partir del fallecimiento de varios de ellos y algunas externaciones, hubo una reorganización del servicio y del hospital en general. Comenzaron a llegar pacientes

nuevos, particularmente pacientes con internaciones breves, de modo que comenzó a darse una rotación de personas que antes no era tan frecuente.

La vida en el servicio y la demanda de AT

La vida de A dentro del servicio es característica de una persona profundamente institucionalizada. La sintomatología de A está signada por la abulia y la apatía, lleva una rutina muy rígida con actividades simples: se levanta cada día a la misma hora, toma mate, escucha la radio, mira su reloj esperando el llamado a la toma de la medicación para luego dormirse. Los hitos de su día a día están marcados por las actividades del servicio, las cuales son escasas y no suscitan ningún tipo de interés por su parte. A muestra una notable falta de interés y entusiasmo en participar de los talleres ofrecidos por el servicio, realizar salidas o cualquier situación que implique salir del servicio y de su rutina, exceptuando las veces que se dirige a la cafetería de la institución para comprar algo de comer.

En este contexto, hace seis años, la curaduría que representa a A tomó la decisión de solicitar un acompañamiento terapéutico con miras a la externación hacia una institución de tipo geriátrico. Aunque ya disponía de un dispositivo de acompañamiento terapéutico proporcionado por el servicio, el mismo tiene un enfoque principalmente grupal y se centra en necesidades de índole general, como asegurar la disponibilidad de productos de higiene personal, alimentos del gusto de los pacientes o la compra de cigarrillos y ropa. Además se encarga de acompañar a los pacientes en sus citas médicas por fuera del servicio y, en general, ofrecerles alguna presencia amable y algo más individualizada.

Desde el AT se comenzó a trabajar en busca de revincular a A con el mundo exterior al hospital, abordando la tarea desde los intereses que él manifestaba, como ir al parque del hospital o realizar compras de ropa. Sin embargo, los AT se encontraron con una llamativa falta de interés por parte de A en cualquier actividad fuera del servicio. Si se salía a emprender alguna actividad, A pedía regresar rápidamente. Incluso manifestaba inquietud ante la posibilidad de que no le permitan volver a entrar al hospital después de salir.

Supervisión

La pregunta que acompañó todo el armado del dispositivo de AT fue orientada a cómo mediar entre el deseo manifiesto de A de no querer residir en otro lado que no

fuera el hospital, y la demanda de la curaduría de construir este “afuera” y lograr que el traslado de A fuera, aunque no deseado, por lo menos menos violento. Es a partir de percibir lo sostenido de esta pregunta a lo largo de los años que se decide solicitar un espacio de supervisión para el equipo.

A través de la supervisión fue posible problematizar la pregunta que veníamos sosteniendo. Más allá de cómo crear un “afuera” amigable para A, se cuestionó qué tipos de relaciones espaciales se podrían llegar a concebir: ¿qué topologías se pueden pensar? ¿Qué significa para A adentro-afuera, salir-entrar? ¿Qué es lo que resulta problemático del salir, del afuera? Se ubicó que para que haya un “afuera”, primero debía percibirse un “adentro”. ¿Cuál es entonces el “adentro” de A? ¿Qué es lo que a él lo transfiere al hospital?

En una etapa inicial del acompañamiento, A tenía la posibilidad de salir, siempre con la promesa de regresar. A pesar de su firme rechazo a residir en otra institución, las pequeñas salidas utilitarias no le resultaban tan problemáticas. Sin embargo, tras ese punto de quiebre en el cual empezó a perder a sus amigos y el servicio dejó de ser ese espacio conocido y familiar, también comenzó a perder algo de esa tela que le hizo de sostén. En este momento las salidas se volvieron más problemáticas y A emprendió un destino de aplanamiento en su dormitorio. En el momento en que algo de su lugar pierde consistencia, la promesa de volver no es tan clara, ya que ¿a dónde se estaría volviendo exactamente? ¿Cuál sería el lugar que esperaría en su retorno?

La angustia que esta situación supone se hace signo en el cuerpo con descomposturas y “nervios”, cómo él llama a aquello que lo toma. La perspectiva de una salida desarmaba la escena e implicaba una caída del cuerpo. Asimismo, cuando se encontraba dentro del servicio, dejaba de asistir a los lugares donde era esperado o había oferta para él. Sus espacios cotidianos se reducían cada vez más hasta redundar en un circuito pequeño y conocido, predecible, compuesto por pequeñas acciones donde aún podía sobrevivir algún brillo de lo propio.

Acerca de la institucionalización

Como señala Alicia Stolkiner en el documental “El porvenir de una vida en común” (2023) “el manicomio es una institución total, y como en toda institución total la vida, la particularidad o la singularidad de la persona queda subordinada a la lógica del funcionamiento institucional. Comés a la misma hora, comés la misma

comida, usás la misma ropa, tenés los mismos ritmos de actividad, te levantás a la misma hora, te acostás a la misma hora”. Se espera que la internación en un hospital proporcione un ambiente propicio para el tratamiento y la recuperación de los pacientes, pero en muchos casos este objetivo se encuentra muy lejos de ser alcanzado. Se observa que algunos pacientes, como es el caso de A, parecen haber sido olvidados en un contexto donde las actividades terapéuticas y los talleres están notablemente ausentes. Este vacío de ocupación y estimulación conduce a un evidente desinterés por parte de los pacientes hacia su entorno, dando lugar a una indiferencia característica.

Rossi y Villalba (2009), tomando los desarrollos de Goffman acerca de la institución total, sostienen que existe un “ordenamiento social propio de estas instituciones, generando una ruptura con los desarrollados en los ámbitos sociales propios del sujeto. Es decir, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única, cada actividad es compartida con compañía de otros y las actividades diarias están estrictamente programadas”. Según las autoras, “las consecuencias de estas y muchas otras modalidades de control recaen en la pérdida de identidad, la pérdida de roles, en el decir de Goffman en la ‘mutilación del yo’”.

El caso de A ejemplifica de manera vívida cómo la vida hospitalaria puede sumir a los individuos en una rutina monótona carente de propósito. Vidas en las que no pasa nada, desprovistas de sensacionalismo carecen de victorias, hazañas y experiencias enriquecedoras, culminan en una vida monótona desprovista de vitalidad. El dispositivo de acompañamiento se encontró con el desafío de abordar la situación en la que A había perdido todo deseo por la ocupación o realización de actividades, todo esfuerzo por vestirse o desvestirse, descuidando obligaciones como el cobro de su dinero, y con la pregunta de qué hacer con la demanda de transformar la nada en algo, cuando ese algo es percibido como la mejora sustancial en la calidad de vida de los pacientes.

Las intervenciones del acompañamiento

El AT de A estuvo desde un inicio orientado a promover una restitución de los lazos rotos con la comunidad. Ante la inminente perspectiva de un cambio de residencia para A, resultaba imperioso volver a establecer un vínculo deseante con el afuera del hospital. Se adoptó un enfoque basado en los deseos de A, intereses

que se veían obturados por la lógica práctica del servicio. Desde una presencia disponible a la escucha, se comenzaron a detectar indicios de lo que A aun podía decir acerca de su deseo. Se ubicaron gustos personales en sus elecciones, de su ropa, de sus pasatiempos como lo fueron escuchar la radio, escuchar música, ver videos. Y se inauguraron actividades en las cuales la presencia de alguien más podía marcar una diferencia significativa, como compartir un mate. El equipo de AT se enfrentó a la tarea de apropiarse de un espacio que estaba deshabitado, un espacio vacío donde A pudiera ser en el vínculo con el otro, con un otro dispuesto a la escucha del gesto espontáneo (Winnicott, 1960) que aún pudiera sobrevivir a esa historia de aplastamiento institucional.

Según Rossi (2007) “el AT opera como un apoyo para intentar restaurar aquello deteriorado en el sujeto, aunque sea en un pequeño punto que sirva de anclaje, de referencia. A manera de puente, o como una vía de entrada ante tantos lugares que el paciente percibe cerrados”. A partir de la supervisión del caso, pudo pensarse una lógica diferente en comparación con las intervenciones anteriores: la búsqueda de eso singular de A, que podría haberse constituido en un puente hacia el “afuera”, lo que en realidad estaba logrando era la apropiación significativa de un espacio que, a pesar de haber sido impuesto por tantos años, a su vez le fue vedado como espacio para habitar de forma plena, un espacio continente para el despliegue de su subjetividad.

Conclusiones

A partir de las reflexiones en torno al acompañamiento de A, podríamos pensar que el AT se inaugura como un espacio de revalorización del decir de las personas que acompañamos. El AT puede instalarse como un lugar tercero entre la institución y el acompañado, poniendo en cuestión aquellas acciones motorizadas por el sentido común. En el caso de A, pareciera que la desmanicomialización solamente podía hacerse efectiva sustrayendo el cuerpo de A de los confines del nosocomio, cuando en realidad, lo efectivamente manicomializante eran las prácticas allí sostenidas. El AT posibilitó que A fuera encontrando sus modos de escapar de lo aplastante de la institución asilar, transformando lo que a primera vista parece una institución total (Goffman, 1961), en un lugar habitable, propio, a defender y donde poder desplegar los modos singulares que le permitan existir de una forma más genuina.

Bibliografía

Cárcova Krichmar, G. (Director). (2023). El porvenir de la vida en común. [Documental]. Kreplak, N. y Calmels, J.

Rossi, M. L. y Villalba, M. C. (2009). Manicomio del silencio, musicoterapia de la expresión. [Tesis de Licenciatura, Universidad del Salvador].

Rossi, G. P. (2007). El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental.

Winnicott, D.W. (1960b) La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En Winnicott, D.W. (1965) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Barcelona: Ed. Paidós.