



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO DESDE LA
PERSPECTIVA DE ACTORES QUE LO EFECTÚAN “**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A (N)

WENDOLIN MONTSERRAT ALVAREZ BARRON

Director: Dr. Andrés Mares Miramontes

Dictaminadores: Lic. Rodrigo Martínez Llamas

Lic. Gonzalo Agamenón Orozco Albarrán



Los reyes Iztacala, Edo de México, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo representa un logro trascendental para mí, en el que convergen la conclusión de un ciclo académico y una etapa maravillosa de mi vida.

Primero, quiero manifestar el inconmensurable agradecimiento que siento hacia mis padres Juan y Guadalupe, a quienes amo y admiro. Éste trabajo es para ustedes.

A mi hermana Gala, porque es hermoso tenerte en mi vida; gracias por darle felicidad a mis días a través de tu compañía, te amo más que a nadie en el mundo.

Gracias a mis amigas y compañeras de senda: Jacaranda y Denixaru, porque hemos construido historias legendarias. Jaca, me has acompañado cabalmente y nunca soltaste mi mano, a pesar de los pesares. Deni, tu talento para arrancarle a lo cotidiano instantes inmortales me ha dejado muchas sonrisas.

A Andrés Mares, quien además de dirigir esta tesis, fue amigo que sosegó malestares.

A Rodrigo Martínez y Gonzalo Agamenón por sus aportaciones y su disposición en la realización de este trabajo.

Finalmente, gracias a todas aquellas personas que de algún modo posibilitaron la consecución de este logro.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y CONCEPTO DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.....	1
1.1. Historia del acompañamiento terapéutico.....	1
1.2. Fundamentación teórica del acompañamiento terapéutico.....	5
1.3. La práctica del acompañamiento terapéutico	8
1.4. Modalidades del acompañamiento terapéutico.....	15
1.5. Logros e implicaciones teóricas, prácticas y sociales del acompañamiento terapéutico.....	18
CAPÍTULO 2. LA MIRADA TEÓRICA: EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO	20
2.1. Antecedentes del interaccionismo simbólico	21
2.2. Principios y objetivos del interaccionismo simbólico	23
2.2.1. Los símbolos	26
2.2.2. Características de los símbolos	27
2.2.3. El lenguaje como sistema simbólico.....	28
2.2.4. El sí mismo.....	28
2.2.5. La interpretación y definición de las situaciones	31
2.2.6. El juego de roles.....	31
2.3. Aspectos metodológicos y aplicaciones del interaccionismo simbólico .	33
CAPÍTULO 3. LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA	36
3.1. Objetivos.....	36
3.1.1. Objetivo general	36
3.1.2. Objetivos específicos	37

3.2. Participantes	37
3.3. Materiales e instrumentos	37
3.4. Procedimiento	38
3.4.1. Acercamiento al escenario	38
3.4.2. Descripción del escenario	38
3.4.3. Aplicación de entrevistas.....	40
3.4.4. Transcripción de entrevistas.....	41
3.4.5. Análisis de la información.....	42
CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	45
4.1. El cargo nombrado	45
4.2. La construcción y el ejercicio del rol.....	47
4.3. Los logros.....	50
4.4. Reflexión y crítica final.....	55
4.5. La formación académica y profesional	57
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	60
5.1. Obligatoriedad y optimismo	60
5.2. El rito de iniciación y la profesionalización.....	61
5.3. Imprecisiones institucionales y acción profesional.....	61
5.4. Búsqueda de certidumbre e identificación con la institución.....	62
5.5. Acompañamiento y requerimientos institucionales	62
5.6. Cumplimiento: simulación y aprobación.....	63
5.7 El establecimiento de la compañía	64
5.8. Validación y facultación	65
CONCLUSIONES.....	66
REFERENCIAS.....	69
ANEXOS	

RESUMEN

El acompañamiento terapéutico es una práctica de la psicología clínica empleada principalmente en el abordaje de pacientes psiquiátricos, apuntalando principalmente a su contención y la construcción de un lazo social. Teóricamente, el acompañamiento terapéutico es conceptuado como una labor estructurada y delimitada en lo referente a sus funciones a partir de la teoría psicoanalítica. Sin embargo, no existe información acerca de cómo el acompañante terapéutico vivencia su práctica, es decir, de cómo la entiende, la define, la realiza, etcétera. Por tanto, el propósito del presente trabajo se orientó a conocer y dar cuenta del significado y sentido que acompañantes terapéuticos atribuyen al ejercicio de su labor en una institución de salud mental. Para la consecución de dicho objetivo se consideró la participación de estudiantes de psicología que, como parte de su servicio social profesional, ejercieron el cargo de acompañantes terapéuticos. Fue a través de la entrevista a profundidad que se realizó la indagación de su vivencia. El proceso de análisis de la información implicó tres momentos; en el primero se categorizó la información a partir de los significados esenciales encontrados; posteriormente se determinó la tendencia de la perspectiva de los actores. Finalmente en el tercer momento, se examinó el sentido de la perspectiva en el marco de las interacciones simbólicas de los actores. De lo anterior, se concluye que el rol de acompañante terapéutico se construye en función de las demandas del orden institucional a las que está suscrita, y orientada a la validación de una imagen institucional de competencia asistencial, independientemente de si las acciones que desempeñan los actores corresponden al ejercicio profesional que define la disciplina a la que pertenecen.

INTRODUCCIÓN

El acompañamiento terapéutico es una labor cuyos orígenes son difíciles de precisar, aunque Duarte (2005) ubica su comienzo en la década de los sesenta donde surge como una alternativa a la internación en hospitales psiquiátricos, sustituyéndola por una internación domiciliaria a petición de los familiares de los pacientes quienes descartaban la internación psiquiátrica por cuestiones sociales o prejuicios.

En sus inicios, eran terapeutas quienes llevaban a cabo el acompañamiento y les llamaban “amigos calificados” (Sáliche, 2004); tiempo después el término fue cambiado a acompañante terapéutico con miras de acentuar el aspecto terapéutico y modificar la función con respecto al vínculo con el paciente, ya que consideraron que el acompañante no es un amigo, en tanto que no se trata de una relación simétrica o de igualdad (Cavagna, 2001) y el empleo de esa palabra podría perjudicar el tratamiento.

La práctica del acompañamiento terapéutico fue sistematizándose paulatinamente en la medida en que su uso se extendió a otras instituciones, y quienes la desempeñaban comenzaron a formar equipos de trabajo con la finalidad de abordar a los pacientes en todos los aspectos de su vida, intentando crearles un medio ambiente terapéutico (Pulice y Rossi, 1997). En este sentido, el acompañamiento terapéutico fue consolidándose como parte de un dispositivo multidisciplinario (Fortin y Riou, 1997) que involucra principalmente la triangulación entre el terapeuta o analista, el paciente y el acompañante, cuyo tratamiento está dirigido a pacientes con afecciones psiquiátricas tales como psicosis, bipolaridad, drogadicción, entre otras (Cavagna, 2009).

Los espacios a los que se suscribe esta práctica son instituciones como Hospitales de Día o Casas de Medio Camino, igualmente puede ejercerse en la modalidad ambulatoria en el caso de aquellos pacientes que no estén internados en instituciones psiquiátricas.

De acuerdo con Kuras y Resnizky (2005) el acompañamiento terapéutico está fundamentado en una teoría dinámica donde se considera que los fenómenos psíquicos y los síntomas son el resultado de fuerzas en conflicto; entonces el acompañante terapéutico estaría situado de lado de las pulsiones de vida, promoviendo actividades e intercambios que favorezcan la salida de las sensaciones de impotencia y desesperanza, y funge también como testigo-soporte de la pulsión de muerte.

Partiendo de dicho sustento teórico, tales autores en 1985 perfilaron las funciones del acompañante terapéutico, considerando necesarias las precisiones o adecuaciones de éstas de acuerdo a la particularidad de cada caso:

- Contener al paciente
- Brindarse como modelo de identificación
- Prestar el yo
- Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente
- Representar al terapeuta
- Actuar como agente resocializador
- Servir como agente catalizador de las relaciones familiares

Para autores como Rubí (2002) y Bélanger y Riou (1997), la escucha es una función imprescindible en el vínculo con el paciente, ya que a través de la escucha del discurso del paciente el acompañante terapéutico obtendrá elementos que le ayudarán en su labor, y también se aprovechará para hacer que los pacientes creen un lazo con el otro (Gómez, 2006).

A partir de lo anterior, podemos precisar que el acompañamiento terapéutico constituye actualmente una práctica estructurada, teóricamente sustentada y delimitada en lo referente a sus funciones. Sin embargo, no existe información acerca de cómo el acompañante terapéutico vivencia su práctica, es decir, de cómo la entiende, la define, la realiza, etcétera.

Abordar el tema considerando estos aspectos posibilita conocerlo en función no sólo de lo formulado teóricamente, sino fundamentalmente a partir de la perspectiva de los actores que desempeñan dicha práctica. Asimismo, permite conocer los significados y sentidos implicados en el ejercicio del acompañamiento terapéutico, lo cual favorece el entendimiento de sus alcances y limitaciones como parte de un servicio institucional de salud.

Por tanto, el objetivo del presente se orienta a conocer la práctica desempeñada por los acompañantes terapéuticos desde su propia perspectiva. En este sentido, se parte de la premisa de que el curso de acción de las personas sólo puede ser entendido en términos de la significación que tienen para ellos (Denzin, 2000), siendo por lo tanto la interacción simbólica el proceso piedra angular en el análisis de la acción humana. De esta forma, el interaccionismo simbólico como teoría de la acción sustenta el presente, dado que pone énfasis en la interacción de los individuos (Rizo, 2004; Álvaro y Garrido, 2003) y en la interpretación que éstos hacen de sus acciones.

Fue Herbert Blumer quien nombró así a esta postura después de retomar textos de Cooley, James, Mead y Dewey, en su libro *Symbolic Interaccionism* (1968), estableciendo las tres premisas que fundamentan el interaccionismo simbólico:

1. El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él.
2. La fuente de ese significado es un producto social, que emana de y a través de las actividades de los individuos al interactuar.

3. La utilización del significado por el agente, se produce a través de un proceso de interpretación propia, que supone autointeracción y manipulación de significados.

Una vez expuesto lo anterior y con la intención de dar cuenta de los aspectos teóricos y metodológicos que sustentaron la presente investigación, así como de la información obtenida y su interpretación, el documento en cuestión se estructuró de la siguiente manera:

En el primer capítulo se aborda el acompañamiento terapéutico; desde sus antecedentes hasta las implicaciones de su existencia, abordando las funciones que desempeñan los acompañantes terapéuticos y las modalidades en las que se efectúa.

En el segundo capítulo se describen los aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos del interaccionismo simbólico. Esto, partiendo de que dicho enfoque permite un acercamiento al acompañamiento terapéutico desde el sentido de sus actores, pues son ellos quienes a partir de sus interacciones, dan lugar a las construcciones simbólicas que conforman su realidad.

La estrategia metodológica empleada se detalla en el tercer capítulo. En éste se especifica la población, situaciones y condiciones consideradas en los procedimientos definitorios de la estrategia; esto es, se describen los pasos llevados a cabo desde el momento de inserción al campo de estudio hasta los referentes a la recolección y análisis de la información obtenida.

En el cuarto apartado se describen las prácticas e interacciones identificadas y analizadas en función de su significado y tendencia de la perspectiva. Posteriormente se describe el sentido de la perspectiva empleando ejes de análisis para mostrar las construcciones simbólicas implicadas en el acompañamiento terapéutico desde la vivencia institucional por parte de sus actores.

Posteriormente, se discuten los resultados presentándose la interpretación con respecto al sentido del entramado simbólico relativo al acompañamiento terapéutico, la cual se sostiene en el interaccionismo simbólico.

Finalmente, a manera de conclusiones, se enuncian los hallazgos dando cuenta de los aspectos esenciales del acompañamiento terapéutico en el marco de las interacciones simbólicas de sus actores.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y CONCEPTO DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

1.1. Historia del acompañamiento terapéutico.

Existen diversas versiones acerca del surgimiento de la práctica y función que actualmente se conceptúa como acompañamiento terapéutico, por lo cual para la mayoría de los autores resulta difícil precisar su origen o hablar de una versión única de su emergencia. Se tiene conocimiento de experiencias en distintos países que son consideradas parte de los precedentes que posibilitaron la consolidación y el desarrollo de esta modalidad de intervención, experiencias que surgen a raíz de dar soluciones alternativas a necesidades inmediatas, y cuyo éxito obtenido propició su difusión y perfeccionamiento, hasta conseguir un posicionamiento importante dentro de las alternativas de salud mental (Rossi, 2007).

Un caso destacado por su carácter innovador es el de la psicoanalista suiza Marguerite Sechehaye, reconocida por su trabajo con la esquizofrenia y en cuyo texto 'La Realización Simbólica y Diario de una Esquizofrénica' (2008) describe el novedoso tratamiento que llamó realización simbólica, el cual aplicó a una de sus pacientes de nombre Renée. Esta opción de tratamiento surgió porque Renée tenía una gran necesidad de atención permanente, y la dedicación y disponibilidad de tiempo de la psicoanalista no resultaban suficientes; así, para evitar el quiebre del tratamiento que se mostraba exitoso, la terapeuta instruyó a una enfermera para que fungiera como auxiliar, permaneciendo con la paciente en los momentos en que ella no podía hacerse cargo de su contención.

Rossi (2007) señala otras prácticas similares aunque con denominaciones distintas; como en Francia, donde el 'animateur' era un tipo de acompañamiento grupal que se enfocaba en actividades de recreación, socialización y lúdicas. Otro ejemplo se ubica en Canadá, donde el rol se denomina interviniente clínico y se incluye como parte del dispositivo institucional utilizado para el tratamiento de pacientes psicóticos, desde un abordaje clínico sostenido en el psicoanálisis lacaniano.

No obstante, a pesar de que se tiene conocimiento de esas experiencias que resultarían equiparables y precedentes al acompañamiento terapéutico, la mayoría de los autores (Pulice y Rossi, 1994; Nivoloni, 2008; Macías, 2006) señalan a Argentina como el país que vio nacer el acompañamiento terapéutico durante la década de los setenta, en donde tuvo lugar su desarrollo y consolidación, y también donde ha tenido mayor auge tanto empírica como teóricamente.

Su comienzo parece estar articulado a la construcción de dispositivos alternos en el ámbito de la salud mental, siendo principalmente el Hospital de Día el que facilitó su implementación y desarrollo (Rossi, 2007); dicho dispositivo comenzó a utilizarse ante la problemática planteada en el tratamiento de pacientes graves o en crisis quienes resultaban difíciles de sostener o con los cuales no se había conseguido éxito ante las intervenciones clínicas llevadas a cabo previamente (Pulice y Rossi, 1994). El Hospital de Día constituye un sistema abierto que intenta conservar la inserción social y productiva del paciente, teniendo como objetivos principales la resocialización y la rehabilitación echando mano de actividades manuales, educativas, lúdicas y recreativas para alcanzar los propósitos estipulados (Schneeroff, 2005).

Posterior a la Segunda Guerra Mundial inicia la implementación del acompañante terapéutico como una opción frente a la internación clásica psiquiátrica, intentado resignificar la locura y revigorizar las expectativas sobre su tratamiento (Macías, 2006).

Dentro un contexto de reapertura democrática, signado por la desinstitucionalización y la interdisciplina (Rivarola, 2002; González, 2008) emerge el acompañamiento terapéutico bajo la influencia de la antipsiquiatría, la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis; ligado simultáneamente a la psiquiatría clásica ya que se empieza a utilizar en los puntos de quiebre de ésta, en las carencias de su saber y en sus procedimientos, ubicándose en una situación de crisis en la clínica más tradicional tanto en el ámbito psiquiátrico como psicoanalítico (Rossi, 2007).

En este sentido, el acompañamiento terapéutico está cimentado en la premisa de que existe la posibilidad de avanzar en el tratamiento de muchos pacientes afectados por padecimientos psiquiátricos severos más allá del mero control social en el que derivaron indeseadamente los objetivos terapéuticos de la internación médica (Macías, 2006).

El acompañamiento terapéutico fue concebido como una alternativa frente a la internación psiquiátrica, la cual era solicitada por algunas familias de pacientes en crisis cuyos motivos para no internarlos estaban relacionados con cuestiones sociales o prejuicios dado ya que solían ser familias acaudaladas que deseaban mantener la condición del paciente en secreto; entonces una alternativa de atención fue realizar internaciones domiciliarias que usualmente eran efectuadas por psicoanalistas jóvenes (Pulice y Rossi, 1994).

Éstas prácticas fueron sistematizándose paulatinamente en la medida en que fue extendiéndose en las instituciones o con algunos terapeutas que fueron formando sus propios equipos de acompañamiento terapéutico. Debido a que era una práctica que apenas estaba consolidándose otras necesidades fueron surgiendo, entre ellas la de implementar un abordaje multidisciplinario ya que quienes recibían esta intervención eran pacientes severamente perturbados, casi siempre en momentos de crisis y a quienes los métodos tradicionales no habían conseguido brindarles resultados satisfactorios.

Así el trabajo en equipo se plantea con la intención de abordar al paciente en todos los aspectos de su vida diaria, intentando crearles un medio ambiente terapéutico, participando activamente en sus grupos de referencia (Pulice y Rossi, 1994). Adicionalmente, el empleo de esta alternativa fue dando más ventajas tal como la reducción del costo en comparación con una internación psiquiátrica, la oportunidad de emplear el rol para suplir las falencias institucionales y la obtención de mejores resultados al ser una opción más personalizada y acotada a una estrategia específica.

Inicialmente Eduardo Kalina, quien es considerado uno de los pioneros en el área, lo denominó como 'amigo calificado'; según Rossi (2007) esta nominación no fue causal dado que en la práctica clínica, la temática de los amistoso suele hacerse presente por las particularidades del lugar que ocupa el acompañante terapéutico, y por el tipo de vínculo que genera al compartir una importante cantidad de horas con el paciente.

Posteriormente, dicha designación fue reemplazada por la de acompañante terapéutico, en miras a que el cambio de denominación conllevara también a un cambio en el rol, tratando de acentuar el aspecto terapéutico por encima de la amistad ya que si el acompañante terapéutico se presenta como amigo puede convertirse en un elemento distorsionador del vínculo terapéutico, pudiendo incluso llegar a la interrupción del tratamiento. Kuras y Resnizky (2005) enfatizan esta diferenciación al explicar que el papel del acompañante terapéutico se encuadra en un trabajo asimétrico y que, aunque pueden establecerse lazos afectivos con el paciente, en definitiva no es una relación de amistad.

No obstante, otros autores retoman este aspecto e intentan esclarecer la diferencia entre simetría e indiferenciación, asumiendo que la simetría se encamina a designar sujetos que se encuentran en un mismo plano, pero no implica que no existan diferencias entre ellos; por lo que si el acompañante se empeña en mantener una asimetría, esto le imposibilitará entrar y trabajar en la dimensión del otro, además de que da a la relación un carácter de sumisión (Duarte, 2005).

Siguiendo por esta línea, Rossi (2007) subraya lo delicado que podría resultar si el acompañante se aleja demasiado de ese lugar de semejante tomando una distancia que podría llevarlo a operar desde el lugar de autoridad, un sitio demasiado asimétrico que lo conduciría por un camino donde puede perderse la posibilidad de algún tipo de medida común entre el acompañante y el acompañado, obstaculizándose el vínculo y llegando en algunos casos a impedir el trabajo. Él propone que no se debe estar ni demasiado lejos como para perder toda posibilidad de vínculo, ni tan cerca porque también se trata de que esa figura no resulte asfixiante.

Ese señalamiento se realiza partiendo de la idea de que para el paciente con un fuerte padecimiento psíquico, esa presencia de otro en su vida cotidiana adquiere una connotación especial, en la que sostiene el lugar de semejante que en primera instancia ofrecerá su presencia; no es alguien más, sino que adquiere un contorno particular en la economía libidinal del paciente, una economía libidinal fuertemente perturbada – por exceso o por defecto -. Por ello, no es sólo estar allí, sino que implica la inscripción del acompañante en un universo simbólico que involucra prestar la escucha y estar dispuesto al diálogo (Rossi, 2007).

1.2. Fundamentación teórica del acompañamiento terapéutico.

En el apartado anterior se describió la manera en la que el acompañamiento terapéutico emergió, resaltando que no es una práctica que resulte fácil de precisar respecto a sus orígenes. La misma dificultad se hace presente en el intento de precisar su función y articulación teórico-clínica dada la desproporción entre el crecimiento empírico y la sistematización de estas experiencias (Rossi, 2007), esto porque durante mucho tiempo su ejecución se llevó a cabo para cubrir necesidades inmediatas y su elaboración teórica quedó desplazada, por lo cual en sus inicios el acompañamiento terapéutico conceptualmente hablando no estaba suscrito a una teoría en particular.

Sin embargo, con el transcurrir del tiempo fue el marco psicoanalítico el elegido para dar lectura y fundamentar teóricamente lo que hasta entonces se venía haciendo mayormente en la praxis, fundamentación que se ha ido modificando paulatinamente y que ha posibilitado el empleo de más de una de las vertientes del psicoanálisis, aunque la mayoría convergen en ubicar al acompañante terapéutico en una concepción dinámica opuesta al planteo clásico que confina al estigmatizado como enfermo mental sustrayéndolo de su familia y de la sociedad en general; privilegia la búsqueda de un espacio donde el sujeto pueda desplegar su conflicto y apuesta a que el sentido de su padecimiento podrá develarse en el vínculo con el otro (Kuras y Resnizky, 2005).

Uno de los intentos por darle una estructura teórica a la práctica es el que exponen Kuras y Resnizky en su libro *Territorios del Acompañamiento Terapéutico* (2005), en el que dan cuenta de cómo el acompañante terapéutico es leído a través de tres puntos de vista: el tópico, el dinámico y el económico. El punto de vista tópico, que alude a la teoría de los lugares, ubica al acompañante terapéutico como una experiencia vincular sostenida en un espacio entre dos, en el cual se intentaría generar un medio ambiente terapéutico que abriera la posibilidad de un encuentro promotor de cambios.

El aspecto dinámico parte de la premisa de que los fenómenos psíquicos y los síntomas son resultantes de fuerzas en conflicto; así, desde la perspectiva pulsional el acompañamiento terapéutico se ubicaría de lado de las pulsiones de vida, apoyando proyectos que pudieran tener una posible ejecución futura, promoviendo actividades e intercambios que favorezcan la salida de las sensaciones de impotencia y desesperanza; y será simultáneamente testigo-soporte de la pulsión de muerte a lo largo del proceso. En cuanto al punto de vista económico se refiere a la cantidad, distribución y circulación de una energía cuantificable, así el acompañante terapéutico favorecerá la transformación de energía libre en energía ligada, buscando vías para la tramitación de lo traumático, aportando representaciones que faciliten la simbolización y permitan el surgimiento y el despliegue de la palabra.

Adicionalmente, se hace mención del lugar del 'otro' al suponer que la categoría de otredad es una concepción ineludible en los procesos de subjetivación considerando que la construcción psíquica se origina en un encuentro ineludible con el otro, signado por el desvalimiento del niño, el cual es que le otorga al otro un lugar y una función primordial. En este sentido, el acompañante terapéutico estaría ligado a la posibilidad de establecer un vínculo con otro en tanto sujeto presente, semejante, diferente y ajeno al mismo tiempo. Este esfuerzo para hacer posible el encuentro puede ser productor de cambios y generador de articulaciones novedosas (Kuras y Resnizky, 2005).

En esta misma línea, Schneeroff y Edelstein (2005) acotan el trabajo del acompañamiento terapéutico a través de la consideración de las dos tópicas freudianas. De acuerdo a la primera tópica, el acompañante terapéutico trabajará con los contenidos del sistema preconscious-consciente dado que no hará interpretaciones en miras de hacer consciente lo inconsciente, aunque llegara a entenderlos en alguna situación; de este modo, el charlar con el paciente sobre diferentes temas, comentar una película, leer el periódico, entre otras actividades, ya implica un enriquecimiento para él en la medida en que le permite comunicarse, expresarse, fortalecer su capacidad simbólica y mejorar su ubicación temporo-espacial.

En lo referente a la segunda tópica, se expone que los pacientes poseen un aparato psíquico en pugna, en el que el Ello tratará de satisfacer sus deseos, el Yo débil y frágil trata de gobernarlo y adecuarse a la realidad, pero ni aún cuando lo logra, puede el individuo sentirse satisfecho porque el Superyó continúa exigiendo, censurando y considerando al sujeto culpable de infinidad de pecados y merecedor de constantes castigos. El Yo pondría en funcionamiento mecanismos defensivos al percibir algo peligroso, interna o externamente; si estas defensas ante la angustia o el miedo no son excesivas, el sujeto podrá adaptarse a las cosas que le ocurran en su vida.

Con base en lo anterior, el lugar del acompañante terapéutico será reforzar las defensas adaptativas adecuadas y ayudar a crear nuevos mecanismos defensivos; se ubicará junto al Yo del paciente y desde allí intentará modificar las relaciones que mantiene con su Ello y su Superyó para lograr hacer frente a la realidad.

Como parte de esta estructura teórica, varios autores señalan la importancia de que quien lleve a cabo la función de acompañante terapéutico deberá previamente haber transitado por un análisis, de este modo le resultaría más fácil localizar de qué manera el paciente se encuentra preocupado por la locura y le permitirá que su mirada en el encuentro pueda ser otra, una mirada que le posibilite ser soporte de la transferencia, mirada y escucha que haga viable la intrincación con el otro (Macías, 2006).

Otra posible lectura es la que Duarte (2005) realiza de las funciones del acompañante terapéutico fundamentadas en la teoría desarrollada por Winnicott, las cuales se verán con mayor detalle en apartado siguiente.

1.3. La práctica del acompañamiento terapéutico.

En el intento de construir una posible definición del acompañamiento terapéutico, Rossi (2007) lo describe como un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica; el cual busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover el desarrollo de un proyecto terapéutico y para esto se vale de la cotidianidad, desarrollando su acción en el territorio urbano, en el espacio y el tiempo cotidiano del paciente. Lo cotidiano y la costumbre se vuelven inasequibles para los pacientes, lo que implica un desgaste por tener que reubicarse una y otra vez; entonces se requiere la ayuda de otro que provea de 'instrucciones' tratando de que sean lo menos externas posibles, es decir, que no tengan un carácter impositivo y que posean alguna marca proveniente de la subjetividad del paciente.

Es así como el acompañante terapéutico se inserta en lo cotidiano, proponiendo en ese espacio un trabajo terapéutico, participando y construyendo cada día, fungiendo como interlocutor de lo cotidiano para aquel a quien acompaña (Rossi, 2007). Se trata de un apoyo para intentar restaurar aquello deteriorado en el sujeto, aunque sea en un pequeño punto que sirva de anclaje, de referencia, como un puente o una vía de entrada ante tantos lugares que el paciente percibe como cerrados, y de los que trata de mantenerse alejado (Rossi, 2007). En este sentido, el ofrecimiento del acompañamiento terapéutico para un determinado sujeto, se apoya en la comprensión de que ese sujeto se desarrollará en caso de que encuentre condiciones favorables en su medio ambiente (Kuras y Resnizky, 2005).

La inserción del acompañante terapéutico tiene como común denominador el trabajar con patologías ligadas al desamparo (Kuras y Resnizky, 2005), pacientes en relación a los llamados bordes de la clínica, abordando aquellos de difícil diagnóstico y tratamiento. Desde sus inicios, el acompañamiento terapéutico se ocupó en el problemático ámbito del tratamiento de las psicosis, en casos de manía – melancolía y en esquemas de contención con pacientes en riesgo suicida, en el terreno de consumo de sustancias, del alcoholismo y en los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria; fundamentalmente con pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas (Rossi, 2007).

El acompañamiento terapéutico ha tenido modificaciones integrales, cambios desde su nomenclatura hasta las modalidades en que se efectúa; como parte de esos cambios inevitables y quizá necesarios, la función del acompañante terapéutico ha sido objeto de opiniones, críticas y cambios por diversos autores, sobre todo en el sentido de que hoy en día se propone que cada caso sea abordado de una manera única y la estrategia a seguir sea igualmente singular (Rossi, 2007).

Uno de los primeros intentos por definir la labor del acompañamiento terapéutico fue elaborado por Kuras y Resnizky en 1985, en el cual se expone una teorización de lo que hasta ese momento venía efectuándose empíricamente, en él se incluyen una serie de funciones consideradas como las más importantes a realizar por acompañante terapéutico. Las propuestas ahí plasmadas han sido conservadas, retomadas, criticadas e incluso suprimidas por los autores que continuaron abordaron la temática; en ello, radica su importancia, ya que se convirtió en el cimiento de las construcciones teóricas futuras.

En lo que a las funciones del acompañante terapéutico respecta, podemos encontrar ciertos puntos coincidentes que se señalan como las principales por algunos autores (Duarte, 2005; Kuras y Resnizky, 1985;) y que se enuncian a continuación:

- **Contención.** La continencia es la capacidad de transformar las experiencias de un sujeto a través de la imaginación, siendo esto necesario para que el humano intermedie sus experiencias porque de otro modo, tales experiencias pueden ser disruptivas; implica que el acompañante terapéutico debe ofrecerse como sostén frente a la ansiedad, la angustia, los miedos del paciente, tratando de posibilitar un freno que permita acotar los momentos de crisis. Esta función se maneja como la primera y fundamental para el acompañante terapéutico, quien funge como un abrigo humano.
- **Brindarse como modelo de identificación.** Esta función se sustenta en la idea de que un buen modelo es la matriz de un buen desarrollo, ya que seguir los pasos de aquellos que son los mayores exponentes posibilita trascenderlos y superarlos. En este sentido, el acompañante se encargaría de mostrar al paciente los diferentes modos de actuar y reaccionar en la vida cotidiana, lo cual aseguran resultará terapéutico ya que rompe con los modelos estereotipados de vinculación que llevaron al paciente a la enfermedad, asimismo posibilitaría la adquisición de mecanismos de defensa más adaptativos. Ésta sería una vía para aprender a esperar y postergar.

- Prestar el yo. Este punto complementa al apartado anterior y alude a que el acompañante sirve como yo auxiliar, asumiendo funciones que el yo del paciente no puede desarrollar. Diversos autores han desarrollado (Rubí, 2002; Rivarola, 2002; Macías, 2006), algunos de los cuales la equiparan a la función del préstamo del yo, en la labor del acompañamiento es la de secretario, concepto que tiene lugar en las formulaciones de Jacques Lacan. Es este contexto se parte de la idea de que existe un sujeto – el paciente – que desea, alguien que pide ser reconocido y en cuyo delirio aparece un discurso que el acompañante atestigua. Aunque en el paciente el lazo social se haya roto, quedan hebras que continúan atándolo y son esas las que permiten que el delirio sea constatado por otro (Rubí, 2002).

De esos hilos es que el acompañante se aferra, ya que el lazo social no es otra cosa más que el lenguaje, en tanto que éste permite que exista una relación entre el sujeto y el mundo exterior, y entre más lejos esté el paciente de él, mayor será el deterioro (Macías, 2006). En este sentido, el acompañante se sitúa como quien rompe la dinámica de un discurso que no quiere ser escuchado, da acuse de recibo y permite una comunicación significativa, ayudando así a que el delirio devenga palabra y acceder a una estabilización (Rubí, 2002). Siguiendo con la función de secretario, Macías (2006) realiza algunas precisiones, enfatizando que esta función no implica ser bufón, sirviente o acatar cualquier mandato y ocurrencia; tampoco se debe pretender curar al loco de su locura, ni dirigirlo, ni amarlo, no dejar de estar ahí (Rivarola, 2002) sino asegurarse como presencia regular que permite la realización de un mandato y el despliegue de un discurso.

- Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente. El acompañante tratará de percibir las capacidades manifiestas y latentes del paciente con al finalidad de trabajar en ellas en un futuro, lo que implica alentar el desarrollo de las áreas más organizadas en compensación de los aspectos más desajustados. La canalización de las inquietudes del paciente tienen por objetivos la liberación de la capacidad creativa inhibida y la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador.

- Función de presentación de objetos. Dentro del enfoque que permea el texto de Duarte (2005), y muy ligada a la función anterior, un factor que se tiene en cuenta para un vivir creativo es la capacidad que tiene un sujeto de usar un objeto; no sólo en el sentido de establecer una relación de objeto y controlarlo, sino el apropiarse y hacer uso de un objeto implica tomar un objeto de la realidad compartida y transformarlo en algo propio, lo cual indicaría el potencial creativo del sujeto.

El proceso anteriormente descrito se realiza en cuatro etapas: hesitación, posesión o uso, agresividad y separación. Es a través de la presentación de objetos que se desarrolla la capacidad de realización. En el acompañamiento terapéutico esta función dependerá de la capacidad del acompañante de estar identificado con el acompañado, utilizando simultáneamente lo que aprehende por ese proceso a favor del crecimiento del sujeto.

- Actuar como agente resocializador. Parte del supuesto de que el sufrimiento humano emerge de la imposibilidad de crear algo que inscriba al self del sujeto en la realidad compartida. El establecimiento de contacto con la realidad forma parte de un proceso madurativo; el sujeto necesita ser capaz de colocar su agresividad o destructividad en el vínculo con otras personas, a partir de lo cual el objeto puede ser percibido por el sujeto como algo externo y que está fuera del control de su omnipotencia. La creatividad implica una posibilidad de inscribir al sujeto en la relación con otro ser humano, reconecta al sujeto a la realidad compartida, y al posibilitar el reencuentro del sujeto con su vitalidad se promueve el sentimiento de estar vivo (sentirse real) y pertenecer a la especie humana.

El acompañante al colocarse en función del sujeto en los diversos encuentros, da la posibilidad para que el acompañado lo pueda crear según la propia imaginación, para después dejar de ser objeto subjetivo del acompañado constituyendo el estado de ilusión; a lo largo del tiempo cuando la confianza está establecida es posible presentar algo de la realidad psíquica externa de manera que sea soportable y entonces posible de ser recuperada por el acompañado.

Fundamentalmente, en este sentido la labor principal sería reducir la distancia que separa al paciente de todo lo perdido, facilitando su reencuentro en forma paulatina y dosificada.

Kuras y Resnizky (1985) hablan de tres funciones más que describen en el mismo texto, exponiéndolas como funciones básicas y que conllevan el éxito en esta modalidad de intervención:

- Brindar su información para la comprensión global del paciente. Debido al contacto frecuente y cotidiano con el paciente, el acompañante dispondrá de información fidedigna que deberá registrar tal como comportamiento en la calle, vínculos familiares, cambios significativos.
- Representar al terapeuta. Con el acompañamiento se produce una ampliación de la acción del terapeuta, de tal modo que el acompañante tendría que ayudar a metabolizar y reforzar interpretaciones realizadas por el terapeuta, de tal forma que no se circunscriba al aquí y ahora de la sesión.
- Servir como agente catalizador de las relaciones familiares. El acompañante terapéutico puede contribuir a descomprimir y a amortiguar las relaciones del paciente con su familia, mediatizando las descargas de la familia sobre él.

En esta misma línea Duarte (2005) añade algunas otras funciones que fundamenta en la perspectiva desarrollada por Winnicott:

- Función Creativa. Función holding. Para Winnicott, el holding es todo lo que le proporciona a una persona la experiencia de continuidad, de una constancia tanto física como psíquica. En el acompañamiento esta función ejerce un papel sobresaliente; el estar junto al acompañado, compartiendo algo o incluso en situaciones donde no se sabe qué hacer o decir, el hecho de estar ahí presentes ya significa mucho para el paciente, se convierte en una experiencia integradora porque está siendo acompañado por un cuerpo simbólico (simbolizado y simbolizante), un sujeto que es capaz de testimoniar y compartir las experiencias del acompañado.

- Función handling o manipulación corporal. El proceso de personalización está relacionado con la posibilidad de que el sujeto tenga una integración psique – soma, lo cual al no estar dado de forma innata tiene que conseguirse a través del desarrollo. Las fallas en el ejercicio de esa función generan desde hipotonía muscular hasta casos donde el sujeto no se reconoce y/o no se sitúa en el propio cuerpo. Muchas veces una regresión puede llevar a una pérdida de contacto con las necesidades corporales, el cuerpo es vivido como algo extraño, dificultando la percepción de las necesidades básicas. Aquí el acompañante terapéutico puede ayudar reconociendo alguna necesidad corporal del otro y ayudarlo a integrarla a su vivencia.

- Función de la transicionalidad. Sostiene que las intervenciones del acompañante son de índole transicional, consiguiendo algún cambio pero partiendo del repertorio ofrecido por el propio paciente, teniendo en cuenta su universo simbólico. Se respeta su sueño, su juego y se busca intervenir a partir de ellos ya que no existe nada más traumático e invasivo que el rompimiento del sueño, que implicaría la ruptura de la capacidad simbólica del sujeto.

Como se mencionaba con anterioridad, algunas de las funciones propuestas en los inicios de esta práctica han sido objeto de críticas llevando incluso a su exclusión. Tal es el caso de autores tan emblemáticos del tema como Pulice y Rossi (1994), que consideran que la perspectiva de Kuras y Resnizky supone un saber previo acerca de cómo intervenir en cada situación y cómo manejar al paciente, lo que posibilita la definición a priori de sus funciones.

Ellos difieren al respecto y sugieren el pensar la estrategia de trabajo en función de la singularidad de un sujeto, prescindiendo del previo establecimiento del saber respecto a lo que le pasa y lo que le tendría que pasar a un paciente; el hacer se iría dibujando de acuerdo al despliegue de su problemática subjetiva.

1.4. Modalidades del acompañamiento terapéutico.

La inserción del acompañante terapéutico puede aparecer en circunstancias muy diversas; sus modalidades varían según el paciente, puede ser personalizada, grupal, institucional, intersectorial o comunitaria, transitando a veces por varios de estos espacios. Pulice y Rossi (1994). Realizan una división esquemática a partir de dos modalidades generales y que asumen como bien diferenciadas:

1. Cuando el acompañamiento se realiza dentro de un dispositivo institucional. Puede a su vez dividirse en dos, en ambos casos el acompañamiento va a ser solicitado por la institución o por un terapeuta (que puede no ser de la institución) quienes van a ser los que planteen la estrategia de tratamiento en el caso.

a) Pacientes en que se requiere una internación con acompañantes terapéuticos las 24 horas. Generalmente se realiza en clínicas psiquiátricas y es demandado para crisis muy graves o momentos de fuerte desborde psicótico; la forma de trabajo es en equipo, con turnos que varían entre las 6 y 8 horas, quedando el acompañante terapéutico a menudo en una posición difícil por lo que es fundamental en estos casos el lugar de la coordinación y la orientación que de sus intervenciones. Generalmente se hace necesaria una supervisión semanal o quincenal, y una coordinación que se agrega a la del terapeuta – si lo hay – y que realiza un seguimiento más preciso del caso en cuanto al trabajo de los acompañantes y sus posibles conflictos.

El trabajo específico que realiza el acompañante es muy variado, dependerá de las condiciones del dispositivo, del interés y posibilidades de cada paciente y su disposición. También puede ser que partiendo de esta modalidad se vayan incluyendo salidas recreativas, con frecuencia simultáneamente a una reducción de las horas de acompañamiento o en un proceso previo a la externación.

b) Pacientes en que el acompañamiento se realiza por algunas horas. En estos casos la consigna suele ser de un trabajo específico sobre algún aspecto del tratamiento. Una de las modalidades más habituales en esta práctica son las salidas recreativas o sociales, implementándose el acompañamiento para salidas de la institución, que pueden tener fines recreativos, de tipo social o para realizar actividades específicas como asistir al dentista, hacer una compra, etcétera. Otra modalidad frecuente es en traslados, desde o hacia la institución, generalmente para realizar el tratamiento institucional en clínicas de día, con pacientes que presentan dificultades de autovalimiento en la vía pública o desorientación temporo espacial.

2. Aquellos acompañamientos terapéuticos que no son dirigidos desde una institución, en que los acompañantes se incluyen en tratamientos que no están en relación a esa presencia del marco institucional, sea hospital de día o la internación, más que en forma eventual. En esta modalidad el acompañamiento puede ser por algunas horas o en una internación domiciliaria, y suele usarse cuando el tratamiento con el terapeuta no es suficiente para sostener a un sujeto en su cotidianeidad o en sus actividades diarias.

En este sentido, el objetivo sería sostener el trabajo que se viene realizando, ante la posibilidad de peligro o antecedentes y probabilidades ciertas salidas del paciente del dispositivo de tratamiento.

La exposición que se acaba de realizar sobre los espacios en los que el acompañante terapéutico se suscribe no implican el agotamiento de todas las posibilidades, son intentos de sintetizar lo que hasta ahora se ha venido efectuando en la praxis, modalidades que se han venido formulando a partir de las variables implicadas en la práctica pero siempre teniendo como objetivo el cuidar, contener, sostener y apoyar al paciente para que recupere sus capacidades, desarrolle sus potencialidades y habilidades, y aprenda a desenvolverse socialmente (Rossi, 2007).

Como parte de las variables implicadas en la modalidad a elegir, se encuentra el objetivo de su indicación; de este modo, la función del acompañante terapéutico se determinará por la situación clínica en relación a un proyecto posible del tratamiento y las características del entorno en que se inserta su tarea. De acuerdo a Rossi (2007) existen tres momentos diferenciales que permiten tres propuestas de inclusión del acompañamiento terapéutico como recurso, en función del objetivo que se pretenda alcanzar:

1. Construir las condiciones para que un dispositivo de tratamiento se ponga en marcha. En este caso, el acompañamiento implica un aporte que ayudará a construir las condiciones para que el dispositivo se ponga en marcha cuando no pudo consolidarse o está por comenzar. Son situaciones donde la característica central es que no hay un vínculo con el terapeuta; esto resulta necesario porque a veces es preciso un trabajo previo con un sujeto a partir de sus condiciones cotidianas para que pueda empezar a hablar y ubicar en otros una posible ayuda.

2. Sostener ese dispositivo en momentos de crisis. Aquí el acompañante terapéutico se ubica por indicación del terapeuta para sostener el dispositivo de tratamiento en momentos de crisis severas o ante situaciones de urgencia subjetiva; el terapeuta se encuentra en un momento donde le resulta inviable seguir sosteniendo el tratamiento basándose únicamente en las sesiones en el consultorio, aún cuando cuente con recursos farmacológicos. El acompañante se vuelve mediador entre el ensimismamiento y el mundo, delimitando también un tope con eso que para el sujeto resulta terrible y amenazante; la intervención entonces se realiza para que el dispositivo pueda sostenerse y reconstruirse en un marco tendiente a evitar una internación.

3. Movilizar y ayudar a destrabar el trabajo terapéutico. Esta instancia alude a momentos donde se necesita impulsar o destrabar el trabajo propio de un tratamiento que parece atascado. Situaciones donde luego de un tiempo prolongado, no pasa nada, donde a veces se describe cierto aplastamiento de la subjetividad y cuyo camino se va perfilando hacia un encierro que se agudiza, a un asilamiento que puede volverse crítico.

En estos casos persisten ciertos síntomas que implican un estado de escaso movimiento subjetivo, y una poca actividad o iniciativa para hacer cosas o efectuar proyectos. También puede ser ubicado ese posible movimiento como apoyo en un proceso de externación con pacientes que llevan largo tiempo en una institución, un trabajo de rehabilitación del lazo social.

Independientemente de la modalidad en la que sea desarrollado el acompañamiento, un punto indispensable a cubrir señalado por diversos autores es el trabajo en equipo y/o interdisciplinario. Así, deberá tenerse una estrategia de abordaje clínica planificada en la que se involucrará un equipo de profesionales de distintas áreas (Chavero, 2006), sin que ésta sea reducida a una simple sumatoria de diferentes actores ni actividades (Macías, 2006).

El hablar de un trabajo coordinado, tampoco implica una modalidad uniforme de trabajo a partir de consignas generales que deben ser aplicadas por todos, se trata más bien de una cohesión propuesta en miras de garantizar la continuidad del trabajo a lo largo del tiempo y tener una multiplicidad de recursos para sobrellevar los eventuales inconvenientes o imprevistos (Rossi, 2007).

1.5. Logros e implicaciones teóricas, prácticas y sociales.

Hoy en día, la labor del acompañante terapéutico se encuentra más consolidada y estructurada, siendo Argentina principalmente la nación que posee un mayor desarrollo en el tema, donde gracias a la aparición de visionarios exploradores de una nueva alternativa para los considerados desechos de la sociedad (Estévez, 2006), se consiguió que se le vea como un elemento privilegiado entre otros recursos para evitar la estigmatización social, la segregación y cronificación (Rossi, 2007).

En lo concerniente a las implicaciones para los pacientes, la importancia del acompañante terapéutico reside en que funge como red tendiente a evitar la cronicación, el aislamiento y si resulta pertinente, trabaja para que el paciente continúe en su medio habitual y no pierda ni sus actividades, ni sus vínculos (Rossi, 2007).

En cuanto a su función como agente reductor de estigma, se menciona que su implicación en el proceso de internación actúa como elemento moderador frente a las diferentes instancias terapéuticas de la interacción que en muchas ocasiones son vividas como intimidadoras y agresivas.

El trayecto existente entre la salida de una internación psiquiátrica y la vuelta al hogar, donde muchas veces no se ponderan los elementos objetivos necesarios para que permanezca allí, ni aspectos de la subjetividad del paciente que se ponen en juego en ese momento, ni las eventuales ansiedades familiares. A veces, esa salida implica que de un entorno de institución total, donde su atención era intensiva las 24 horas, se pasa a cero o cercano a nada. El paciente se puede encontrar de repente con un gran vacío y con una familia que nuevamente entra en conflicto con él y la única salida que le queda, es remontar las etapas de recursos terapéuticos hacia el método más totalizador, que es volver a quedar internado. Hay que proveerle entonces una gradación de recursos y el acompañante terapéutico puede jugar, en cada una de estas etapas, un lugar importante para facilitarlas, para permitir el pasaje de unas a otras (Rossi, 2007).

Es así, que la importancia del acompañamiento terapéutico como parte de los dispositivos terapéuticos, apunta a generar un cambio en el modelo de asistencia, a construir un modelo basado en la atención especializada sobre la base de equipos interdisciplinarios próximos al domicilio de la persona afectada, con capacidad de extender su atención al domicilio del paciente, de integrar a la familia y al mismo paciente en el proceso de atención, que cuente con recursos adecuados a la complejidad de los problemas que deben atender.

CAPÍTULO 2

LA MIRADA TEÓRICA: EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Se ha recurrido al término 'interaccionismo simbólico' para designar un enfoque relativamente definido del estudio de la vida de los grupos humanos y del comportamiento del hombre (Blumer, 1982), que se caracteriza por poner énfasis en la interacción de los individuos (Rizo, 2004; Álvaro y Garrido, 2003) y en la interpretación que éstos hacen de sus acciones. El interaccionismo simbólico constituye una perspectiva que algunos autores (Rizo, 2005) sitúan entre la psicología social y la sociología fenomenológica; acuñada con ese nombre desde 1938 por Herbert Blumer (Rizo, 2004), quien es considerado su principal representante. En esencia, postula que el curso de acción de las personas sólo puede ser entendido en términos de la significación que tienen para ellos (Denzin, 2000), siendo por lo tanto la interacción simbólica el proceso piedra angular en el análisis de la acción humana.

En resumen se puede señalar al interaccionismo simbólico como una perspectiva psicosocial que plantea que todas las organizaciones, culturas y grupos están constituidas por actores sociales envueltos en un proceso constante de interpretaciones del mundo que les rodea; estos actores elaboran sus interpretaciones y definiciones de las situaciones que enfrentan (Mares e Ito, 2005).

A continuación se hace un breve recorrido por los antecedentes que fundan esta perspectiva, posteriormente se abordan los conceptos fundamentales que posibilitan su comprensión tanto en lo teórico como metodológicamente.

2.1 Antecedentes del interaccionismo simbólico.

El interaccionismo simbólico es una perspectiva norteamericana cuyas raíces se encuentran en la vertiente filosófica del pragmatismo, razón por la cual los postulados de autores como Charles Pierce, Josiah Royce, William James, John Dewey y George Herbert Mead son consideradas los antecedentes cardinales de esta teoría (Hewitt, 2003; Becker y McCall, 1990); en algunos casos no fueron los autores quienes influyeron directamente en su desarrollo, sino que ellos fueron profesores de aquellos que se convirtieron en los contribuyentes principales de las hipótesis y los conceptos que estructuran el interaccionismo simbólico (Ingoldsby, 2004; Becker y McCall, 1990).

Partiremos de una breve exposición de la ideología pragmatista y qué de ella se retoma en la formulación de la perspectiva interaccionista; aunque los filósofos pragmatistas que sentaron las bases del interaccionismo simbólico, estaban interesados particularmente en la naturaleza de la investigación científica, la metodología y los enfoques (Clarke y Gerson, 1990).

El pragmatismo es una aproximación filosófica idealista y subjetiva que considera la verdad desde el punto de vista de la utilidad social, surge en Estados Unidos encabezada por Charles Sanders Pierce – quien acuñó el término - y William James – quien lo popularizó – (Rizo, 2009) y considera que nosotros actuamos basados en nuestras ideas del mundo, asumiendo que la realidad no es algo que esté allí esperando ser descubierta, sino que es creada de forma activa en la medida en que actuamos en y hacia el mundo (Hewitt, 2003).

Son fundamentalmente cuatro las ideas que es importante destacar como parte de los antecedentes de la teoría que en este momento nos atañe (Charon, 2001):

1. Los pragmatistas examinaron la relación de los seres humanos con su medio ambiente; a partir de lo cual postulan, que la importancia de las cosas dependerá de nuestra intervención activa, nuestra propia interpretación y definición de las mismas. De tal modo que el mundo no está dado por sí mismo, ni la realidad se impone por sí misma; nosotros entendemos y decidimos que hacer, asumiendo un rol interpretativo.

2. En segundo lugar, mencionan que el conocimiento en el ser humano es juzgado de acuerdo a su utilidad en las situaciones donde se aplica; de tal forma que si éste es aplicado y no se consigue lo deseado, no se vuelve a usar. Las perspectivas, los hechos, las definiciones, las experiencias, las ideas, todas son juzgadas en términos de su funcionalidad.

3. El pragmatismo intenta explicar cómo vemos nuestros objetos en el ambiente, y afirman que las cosas se definen en las situaciones y de acuerdo al uso que tienen para nosotros en dichas situaciones; en otras palabras, nosotros tenemos metas en las situaciones que enfrentamos y organizamos los objetos de nuestro alrededor de acuerdo a dichas metas.

4. Finalmente, sugieren que el ser humano debería ser estudiado en la acción, estudiar lo que las personas hacen en las situaciones que les importan; esto dado que las personas no son seres estables, sino que están en constante transformación.

El vínculo entre el pragmatismo y el interaccionismo simbólico, puede ser hallado en las ideas de George Herbert Mead quien es considerado uno de los más grandes pragmatistas, que si bien no es tan ampliamente conocido en ese sentido como lo fueron John Dewey y William James (Hewitt, 2003), su trabajo es considerado la piedra angular sobre la cual se levantó el interaccionismo simbólico (Prus, 1999; Becker y McCall, 1990; Charon, 2001).

Especialmente su texto 'Espíritu, Persona y Sociedad', que se considera el más desarrollado y sobre el que muchos de los interaccionistas posteriores trazarían sus rutas intelectuales (Ashworth, 1979), incluso Blumer (1982) afirma que su aportación es la que brinda los cimientos principales para la edificación de la perspectiva. Su enfoque postula básicamente que la vida de un grupo humano es la condición esencial para la aparición de la conciencia, la mente, un mundo de objetos, seres humanos como organismos dotados de un sí mismo y la conducta humana en forma de actos construidos, concibiendo así al ser humano como agente (Blumer, 1982).

Si bien, el trabajo de Mead es esencial para la teoría, también se puede hacer mención de las aportaciones de Charles Horton Cooley, quien formuló el concepto de dimensión social del yo, asegurando que es en la interacción con otros donde las personas aprenden a verse a sí mismos como otros los ven (Henslin, 1990). A pesar de las diferencias existentes entre los pensamientos de los autores que influyeron en el desarrollo del Interaccionismo simbólico, todos convergen fundamentalmente en su forma de considerar y estudiar la vida de los grupos humanos (Blumer, 1982); en el caso de Dewey, Cooley y Mead su semejanza radica en el énfasis puesto en la realización práctica de la vida del grupo humano, ya que prestan atención a las distintas maneras en que la gente da sentido y actúa hacia las cosas (Prus, 1999).

2.2 Principios y objetivos del interaccionismo simbólico.

El interaccionismo simbólico concibe a los seres humanos como agentes en acción constante, marcando una distancia con aquella visión pasiva y únicamente respondiente de los individuos. Por ende, hablar de la acción humana resulta imprescindible, asumiéndola como un proceso continuo y constante que nunca termina; la acción fluye y está en una dirección cambiante porque se encuentra con nuevos factores y situaciones, algunas veces los cambios son pequeños y en otras más significativos (Charon, 2001).

Así mismo, la elaboración de las decisiones conlleva un proceso constante que no se da en aislado, sino que depende de la interacción con los demás y con nosotros mismos; decidimos, entre otras cosas, de acuerdo a lo que los otros hacen y a los objetivos que nos hayamos propuesto.

La acción humana, está conformada por unidades que podríamos denominar actos, estos definidos como unidades funcionales de conducta con un inicio y un final identificables, que están relacionados con los propósitos del individuo y que se orientan hacia uno o más objetos (Hewitt, 2003), y que en este caso se usa como recurso para poder tener un mejor entendimiento y manejabilidad de la acción. Un acto es considerado simplemente un objeto social extraído del constante proceso de acción, que posee una meta o metas así como los objetos sociales, y cada uno implica decisiones elaboradas por el actor (Charon, 2001). Todos los actos tienen un inicio y un final (para fines analíticos) y nuestra labor es examinar lo que los hace iniciar, lo que se mueve a lo largo de él y o que trae como conclusión (Hewitt, 2003).

La acción humana resulta de nuestra definición de la situación (Christopher, 2001) y siempre está dirigida a metas y objetivos que asumimos como importantes; el considerar que la acción surge de la interacción social, de la interacción con el sí mismo y de la definición de la situación, enfatiza su causa en el presente más que en pasado, las decisiones son tomadas por el actor en el presente (Charon, 2001).

Todo lo que hacemos, lo hacemos en cierta forma relacionado con los otros, ellos llegan a ser objetos sociales para nosotros en una situación y es lo que se ha denominado acción social, que implica que el actor toma en cuenta a un otro en su acción. En este sentido, la interacción social es simplemente una acción social mutua que involucra la comunicación simbólica y la interpretación de los actos de los demás; así como el juego de roles y la organización de nuestros actos tomando en cuenta a los otros.

La interacción social crea nuestras cualidades como seres humanos: los objetos sociales, los símbolos, el sí mismo, la mente y nuestra habilidad de ponernos en el lugar del otro (Charon, 2001). Además, en ella se forman las identidades, a través de una negociación de tal forma que no sólo somos producto de los demás ni tampoco somos producto de lo individual.

La perspectiva psicosocial del interaccionismo simbólico está conformada por un conjunto interrelacionado de conceptos que le permiten dar cuenta de su visión de la conducta humana y la vida social (Hewitt, 2003). En miras de conseguir la comprensión de este enfoque, se procederá a enunciar las tres premisas planteadas por Blumer (Blumer, 1982), quien es considerado el principal precursor del interaccionismo simbólico:

1. El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. El significado que las cosas encierran para el ser humano constituye un elemento central en sí mismo; se considera que el ignorar el significado de las cosas conforme al cual actúan las personas equivale a falsear el comportamiento sometido a estudio.
2. El significado de las cosas se deriva o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo.
3. Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso.

Las premisas mencionadas son asumidas por la mayoría como los pilares en los que se sostiene esta perspectiva, y su entendimiento resulta imprescindible; para poder conseguir dicha meta, a continuación se describirán algunos de los conceptos que resultan necesarios para la comprensión de la presente visión teórica.

2.2.1. Los símbolos.

La dimensión social simbólica es la que dota al ser humano de esa distinción ante otros organismos, y es que a través de ésta se les abren posibilidades de acción, no siendo únicamente organismos que responden automáticamente a los estímulos, de hecho es gracias al uso de los símbolos y el lenguaje que las personas no permanecen pasivas en la naturaleza (Charon, 2001).

El interaccionismo simbólico toma el uso de los símbolos y lo relaciona con todo lo que es humano, siendo el concepto de símbolo el de mayor importancia y sobre el cual está basado el análisis de la conducta humana, o como Mead lo llama símbolo significante (Hewitt, 2003), al ser considerado el vehículo que permite el establecimiento de las relaciones con los otros (Wicklund y Gollwitzer, 1982).

Primero hay que enunciar que se parte de la afirmación de que los seres humanos viven en un mundo de objetos (Hewitt, 2003), esa condición es la que nos hace ser capaces de entender nuestro entorno y describirlo a otros y a nosotros mismos, somos capaces de tomar lo que aprendimos en una situación para aplicarlo en una situación diferente (Charon, 2001). Esos objetos son señalados, aislados, catalogados, interpretados y se les atribuye un significado a través de una interacción social, por lo tanto son objetos sociales, ya que aunque muchos de esos objetos pueden existir en la realidad física es a través de la interacción con los otros que nosotros aprendemos de ellos (Hewitt, 2003); en este sentido, el significado no es inherente al objeto (Blumer, 1982), razón por la cual los significados están en constante proceso de transformación (Charon, 2001).

La atribución del significado de los objetos dependerá de cómo sean usados por las personas involucradas, de acuerdo a la línea de acción que se pretenda tomar hacia ellos (Mead, 1982).

Blumer (1982) ejemplifica esto con precisión al hablar de cómo un árbol no significa lo mismo para un leñador, un botánico o un poeta; por ende, la mayoría de los objetos físicos tiene un número casi infinito de posibles usos y significados, y cada objeto constituye una multitud de objetos sociales. Entonces, un objeto social es cualquier objeto que un actor utiliza en cierta situación, dicho uso surge socialmente y es entendido y aplicado en una gran variedad de situaciones.

2.2.2. Características de los símbolos.

Los símbolos son un tipo de objetos sociales, que son usados por los actores para representar y comunicar algo; por ejemplo el poner dos dedos al aire significa paz (Charon, 2001). Los símbolos poseen cuatro características importantes: que son sociales, significativos, significados y arbitrarios. Son sociales porque son definidos en la interacción y no establecidos desde la naturaleza, la gente los construye y está de acuerdo en lo que representan (Hewitt, 2003); son significativos porque quien los usa entiende lo que está representando, su uso implica un entendimiento más que una simple respuesta a su presencia, los símbolos representan algo al usuario, representan algo más y el usuario entiende esta relación, por lo que un símbolo es cualquier objeto, modo de conducta o palabra hacia la que se actúa como si fuera algo más y eso que el símbolo representa constituye su significado (Charon, 2001).

Al decir que los símbolos son significados, implica que serán significativos no sólo para quien lo usa sino para el que lo recibe, por lo que el uso de los símbolos se hace intencionalmente y con el propósito de emitir el significado que cree que hará sentido en el otro (Charon, 2001; Hewitt, 2003; Blumer, 1982). Finalmente, el símbolo es arbitrario dado que la asociación con lo que representan no fue inherente, sino que fue dada arbitrariamente por las personas (Charon, 2001).

2.2.3. El lenguaje como sistema simbólico.

El lenguaje es un tipo especial de símbolo, ya que es un grupo de palabras que se usa para comunicar y representar; los actos y los objetos tienen significado para nosotros sólo porque pueden ser descritos a través de las palabras (Hewitt, 2003), los significados implican el entendimiento de lo que los símbolos representan y esa asociación sólo se hace posible a través de la descripción que involucra a las palabras (Charon, 2001). En este sentido, podemos decir que las palabras no son sólo un tipo de símbolo, sino que son el más importante y el que hace posible a los otros (Hewitt, 2003); es un sistema simbólico definido en la interacción y usado para describir a otros y a nosotros mismos lo que vemos, pensamos e imaginamos.

A modo de resumen se puede decir que la importancia del símbolo radica en que es debido a éste que los humanos no responden pasivamente a una realidad impuesta, sino que crean y recrean el mundo actuando sobre él; las personas nombran recuerdan, categorizan, perciben, piensan, meditan, resuelven problemas, trascienden el tiempo y el espacio, se trascienden a sí mismos, crean abstracciones, crean nuevas ideas y se dirigen a sí mismos (Charon, 2001).

2.2.4. El sí mismo.

Uno de los conceptos de mayor importancia que fundamenta la perspectiva de Mead es el 'sí mismo', cuya importancia radica en que es considerado el principal mecanismo con que cuenta el ser humano para afrontar y tratar con su mundo; este mecanismo lo capacita para formularse indicaciones a sí mismo sobre aquello que lo rodea y por consiguiente, para orientar sus acciones en función de lo que advierte (Blumer, 1982).

El 'sí mismo' alude a la capacidad de las personas de considerarse simultáneamente sujeto y objeto (Doménech, M. Iñiguez, L. y Tirado, F., 2003; Rizo, 2005; Nosnik, 1986); esto es, que el ser humano puede interactuar consigo mismo, puede señalarse sus deseos, pesadumbres, objetivos, los

objetos que lo rodean, la presencia ajena, los actos consumados o esperados de los demás, puede interpelarse, responder a ello e interpelarse nuevamente (Blumer, 1982); en la medida en la que uno puede asumir el rol del otro, puede mirar hacia sí mismo desde esa perspectiva, convirtiéndose así en un objeto para sí mismo (Miranda, 2005).

De acuerdo con Blumer (Blumer, 1982) el sí mismo se gesta a partir a partir de un proceso reflexivo que da la capacidad de ponernos en el lugar de otros; permite al individuo juzgar, analizar y evaluar las cosas que él mismo se ha señalado, planear y organizar su acción respecto a eso; lo dota de un mecanismo de interacción consigo mismo que le permite afrontar el mundo, y que utiliza para conformar y orientar su propia conducta, ya que el indicarse algo uno mismo, deja la posibilidad de negarse a la acción, inspeccionarla, juzgarla, descubrir su significado, determinar sus posibilidades y encauzar la propia acción en razón de este proceso.

Al principio, el individuo no posee un sí mismo, sin embargo nace en un mundo que actúa hacia él; la mayoría de esas acciones son actos simbólicos. Inicialmente no poseemos la capacidad de entender esos símbolos y actuamos más bien basados en la imitación de los actos de los otros, después entendemos que nosotros somos a través del uso de símbolos y, con el tiempo, todas las personas que son importantes en nuestra autocomprensión son combinadas por el actor en un grupo o sociedad que Mead llamó 'otro generalizado' (Charon, 2001). Inicialmente hay una coherencia entre la manera en que nos vemos y el otro generalizado, pero con el tiempo, llegamos a interactuar con muchos otros diferentes, y el otro generalizado se convierte en varios grupos de referencia, cada uno con un impacto diferente sobre nuestra manera de vernos y de actuar (Charon, 2001).

En este sentido, el sí mismo surge de un proceso que puede ser entendido en cuatro etapas: la etapa preparatoria, la play stage, la etapa de juego y la etapa de grupo de referencia.

De acuerdo con Charon (Charon, 2001) la etapa preparatoria es la primera, y alude a un sí mismo casi primitivo, una etapa presimbólica donde el niño actúa imitativamente, por lo tanto, su acto carece de significado y de entendimiento simbólico. La segunda etapa se ubica durante el desarrollo del lenguaje, donde a través del mismo el niño es capaz de etiquetar y definir objetos que tienen un significado compartido, dejando la de actuar hacia ellos sólo por imitación, el niño asume la perspectiva de ciertos individuos, personas que le son significativas e importantes, a los que desea impresionar o de quienes desea aceptación, quizá por miedo o por un deseo de identificación, por lo que esos modelos a seguir proporcionan al actor los patrones de comportamiento y conducta para sí mismos, permitiéndole simultáneamente desarrollar la habilidad de autorregulación. Mead precisa que en esta etapa, los niños sólo asumen la perspectiva de un otro significativo a la vez, es decir, son incapaces de verse a sí mismos desde la perspectiva de muchas personas al mismo tiempo.

La tercera etapa es la de juego, y representa la organización y la necesidad de asumir las perspectivas de varios otros simultáneamente. Para Mead, aquí se conforma el sí mismo adulto, e implica que el individuo conozca su posición respecto a un complejo grupo de personas, que incorpore todas las personas significativas en un otro generalizado. La interacción con los otros nos enfrenta cara a cara con sus reglas, sus perspectivas, y también con su perspectiva del sí mismo, y el sí mismo llega a ser un objeto definido no sólo por el individuo sino también por ellos. El desarrollo del otro generalizado, es en realidad la internalización de la sociedad como el individuo la ha conocido.

Finalmente la etapa de grupo de referencia desarrollada mayormente por Tamotsu Shibutani; postula que el individuo interactúa con muchos grupos diferentes y así llega a tener varios grupos de referencia (mundos sociales o sociedades), con los que comparte una perspectiva, incluida una perspectiva que se usa para definir el sí mismo. Si el individuo continúa interactuando exitosamente con cada grupo de referencia, entonces esta perspectiva llega a ser el otro generalizado que determina el cómo se ve la situación y cómo se actúa en ella, por lo menos mientras se esté en ese grupo.

Sin embargo, este sí mismo socialmente anclado, una vez desarrollado, permite al individuo romper con la influencia de los otros en cierta medida y controlar su propia acción.

2.2.5. La interpretación y definición de las situaciones

A partir de los conceptos enunciados y otros, Mead (1982) señala la interacción simbólica de la asociación humana ya que esta implica un proceso de interpretación y definición a través del cual los individuos acomodan los actos propios a los ajenos, consiguiendo simultáneamente orientar a los demás. Así, se define a la vida de grupo como un proceso incesante de definición e interpretación, donde los participantes continuamente intentan hacer encajar sus líneas de acción con las ajenas; ensamblaje que sirve tanto para sostener pautas de conducta establecidas como para transformarlas, esas pautas existen y perduran por el continuo uso de los mismos esquemas de interpretación, a su vez, estos se mantienen por ser constantemente confirmados por los actos de definición de los demás.

En una acción conjunta el proceso de interpretación y definición es igualmente aplicado; la sociedad es vista como un proceso social diversificado en el que las personas se ven obligadas a crear acciones conjuntas para resolver las situaciones que afrontan (Blumer, 1982). Es por esto que el conocer la manera en la que los individuos definen e interpretan las situaciones que afrontan, resulta trascendental para la comprensión de sus acciones.

2.2.6. El juego de roles

Para el interaccionismo simbólico, la mente no es lo mismo que los símbolos o el sí mismo, aunque sí depende de ellos; la mente se define como la acción simbólica en curso que el individuo se hace a sí mismo, es un proceso constante de indicaciones hacia sí mismo sobre los objetos del entorno y especialmente de cómo su uso posibilita que consigamos nuestros objetivos. La mente nos permite controlar nuestra propia acción y resolver problemas, y de este modo adquirimos la capacidad de asumir un rol activo en la relación

con nuestro entorno. La acción mental acompaña toda la interacción social, desde que la interacción social demanda un entendimiento constante, una interpretación y la definición de los otros en la situación. Podemos decir entonces, que somos usuarios de símbolos, que poseemos un sí mismo, que involucramos la actividad mental en todo lo que hacemos. Estas cualidades son interdependientes de otra que es central, una cualidad que alude a asumir el rol del otro (Charon, 2001).

Tomar el rol de otro es imaginar el mundo desde la perspectiva del otro; como lo imaginamos, actuamos, lo que imaginamos lo usamos para hacer frente a la situación que tenemos que confrontar. El asumir el rol del otro es la mejor forma de entender su perspectiva, e implica una importante actividad mental; además de que posibilita la emergencia del sí mismo (Christopher, 2001), juega un papel de suma importancia en la manera en que nos vemos a nosotros mismos dado que aprendemos nuestras perspectivas a través de éste.

Es a través de la mente (interacción simbólica hacia el sí mismo) que los individuos se dicen a sí mismos, cómo ven las cosas los otros y cómo operan sus perspectivas, y es a través de la mente que las personas entienden el significado que tienen las palabras y sus actos de los otros.

El sí mismo, la mente y el asumir el rol se refieren a la actividad cubierta humana, actividad que no es directamente vista por los otros pero debe ser inferida. Este tipo de actividad es central en la vida humana, los individuos y los grupos pueden ser entendidos sólo al tomar en cuenta la actividad cubierta, la cual es básica para todo lo que hacemos hacia las cosas y hacia las otras personas. El poder asumir el rol del otro implica una gran habilidad humana, le da un matiz particular a la interacción social al convertirla en un constante intento de entender los actos de los otros por medio de ponernos en su lugar.

2.3. Aspectos metodológicos y aplicaciones del interaccionismo simbólico.

El interaccionismo simbólico, dada su manera de concebir al ser humano y el ensamblaje teórico construido a partir de ello, no hace uso de la metodología positivista para dar cuenta de la conducta humana; se toma una aproximación diferente que resulta más cercana a las ciencias sociales.

Por un lado, se ubican cercanos a la antropología cultural porque ésta estudia a la gente observándolos hablar y actuar en su vida diaria; por otro, también concuerdan con los biólogos en el sentido de que van a al campo a observar en el ambiente natural a su objeto de estudio (Charon, 2001).

No obstante, en su intento de formular una estrategia metodológica acorde a la teoría, no caen en la estipulación de un conjunto de técnicas perfectamente definidas y que se estructuran como una especie de recetario. En lugar de ello, los interaccionistas enuncian ciertos principios de investigación, más que técnicas, los cuales expondremos a continuación basados en el texto de Charon (2001).

El principio básico del interaccionismo simbólico es que sólo podemos entender lo que está pasando en la medida en que entendamos los que los actores implicados piensan de su propio mundo. Partir del hecho de que los actores viven y conocen su mundo es de vital importancia para el entendimiento de su hacer; en este sentido debemos entender su vocabulario, sus perspectivas y lo que para ellos es importante.

Por ello, lo que el investigador debe hacer es interactuar con ellos, observar y participar en sus actividades, realizar entrevistas formales e intentar reconstruir su realidad; resultando importante para el entendimiento de su acción el comprender qué fue lo que influyó en ellos para hacer lo que hicieron.

Otro punto alude a la importancia de recopilar los datos a través de la observación de las personas en situaciones reales. Esto implica más que salir y ver a la gente en su cotidianidad; conlleva el desarrollo de estrategias que tomen en cuenta la naturaleza del ser humano, en cuanto a ser creativo, libre y con capacidad de elección. Existen algunas que pueden resultar útiles en la obtención de datos, tales como la observación participante y la entrevista a los actores, las cuales nos ayudan a entender las perspectivas de un grupo de actores. El reporte personal y las historias de vida, son dos opciones que permiten capturar las perspectivas de los actores a nivel individual.

Finalmente, se considera a la interacción humana como el objetivo principal de la ciencia social; entonces, la cuidadosa observación de la acción, la descripción de los elementos significativos involucrados, y una cuidadosa descripción y redefinición de esos elementos resulta indispensable. Sin embargo, no se trata de caer en el análisis de variables y enunciar los factores en términos de causa y efecto, más bien se trata de entender cómo se vinculan los elementos encontrados en la situación que estamos estudiando.

Blumer (1982) sugiere dos maneras de abordar la realidad a estudiar, la exploración y la inspección. La exploración pertenece a un proceso básicamente descriptivo, cuya flexibilidad permite al investigador conocer y comprender en la realidad elegida para estudiar, así como redefinir cuantas veces sea necesario su línea de investigación de tal forma que siempre esté lo más apegada posible a la realidad estudiada. Por otra parte, la inspección corresponde al análisis de aquello descrito; implica un examen profundo y a detalle de los elementos identificados y las relaciones entre estos, conservando la flexibilidad de la exploración.

Referente a las aplicaciones de esta perspectiva, Charon (2001) nos dice que el interaccionismo simbólico puede ser empleado en todas las situaciones sociales y su uso puede ayudarnos a entenderlas. Ya sea un salón de clases, un partido de fútbol, dos personas en una cita o problemas sociales como el crimen y la igualdad; todos estos procesos implican la interacción entre los individuos, así como la interacción de los individuos consigo mismos.

Y todos esos individuos tienen un sí mismo y una mente, símbolos y perspectivas, ellos analizan, resuelven problemas, cooperan, comparten, comunican y alinean sus actos; en este sentido, todos esos procesos pueden ser abordados desde esta visión.

Situaciones como el racismo, los problemas mentales, el abuso de sustancias han sido entendidas desde esta perspectiva; también se ha aplicado para el entendimiento de la sociedad, la educación y la comunicación. Es una guía que resulta útil en el intento de entender a los otros y a nosotros mismos, y ayuda a explicar como la libertad es posible y la sociedad necesaria (Charon, 2001).

Con base en lo anterior, se parte del supuesto de que la realidad está conformada por significados y sentidos surgidos de un proceso interactivo entre los individuos, y sólo puede ser entendida a través de los actores implicados en ella, dado que son ellos quienes a través de sus interacciones construyen y dan vida a dicha realidad; por ende, es a partir de los significados y sentidos de la acción humana que la realidad puede hacerse inteligible. Es por ello que en este estudio se procura conocer dicha práctica a través de la vivencia de los actores, teniendo así acceso a los significados y sentidos involucrados en su hacer como acompañantes terapéuticos, conociendo la forma en la que interpretan su situación y cómo definen a los otros actores implicados; y es que si bien mucho se ha dicho sobre esta práctica de la psicología clínica, el pretender dar cuenta de la perspectiva de quienes lo efectúan, constituye un abordaje distinto.

CAPÍTULO 3

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Considerando lo expuesto hasta este momento, se entiende que la construcción de la perspectiva respecto al acompañamiento terapéutico, implica la relación de diversas acciones sociales que los individuos generan a partir de su interacción para afrontar situaciones que les demandan una respuesta.

En este sentido, para entender la perspectiva de los actores que ejercen el acompañamiento terapéutico es necesario tener presente las situaciones sociales que constituyen su configuración, ya que eso nos permitirá aproximarnos a los aspectos que conforman la realidad que continuamente reelaboran con base en una relación dialéctica de su acción individual y colectiva.

Por esta razón, la estrategia metodológica empleada en este estudio consideró un procedimiento indagatorio para la obtención de la información, la cual se analiza especificando categorías y ejes, construyendo así un nivel significativo de comprensión en cuanto a los significados y sentidos que se juegan en la acción social de los actores. A continuación se describe detalladamente la estrategia metodológica desarrollada y sus diferentes momentos.

3.1. Objetivos.

3.1.1. Objetivo General.

Dar cuenta del significado y sentido que atribuyen acompañantes terapéuticos al ejercicio de su labor en una institución de salud mental.

3.1.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar los significados que los participantes atribuyen a la situación y a sus acciones implicadas en su labor como acompañantes terapéuticos.
2. Establecer semejanzas y diferencias entre los participantes respecto a sus perspectivas sobre el ejercicio del acompañamiento terapéutico.
3. Establecer la tendencia y el sentido de la perspectiva de los participantes acerca de su labor como acompañantes terapéuticos.

3.2. Participantes.

Cinco integrantes de una plantilla conformada por siete estudiantes del último año de la carrera de psicología; quienes como parte de su servicio social profesional, desempeñaron el cargo de acompañantes terapéuticos en una institución privada de salud mental. Todos ellos tuvieron una experiencia mínima de cinco meses en el cargo; su participación en el estudio, además de ser voluntaria, obedeció a que ellos consideraron que tenían y querían comentar algo sobre su experiencia en dicha institución. Las entrevistas se llevaron cabo una vez que los informantes concluyeron su participación en tal institución.

A cada participante se le asignó un código distinto, esto como estrategia para mantener su confidencialidad. El código se elaboró previo a las entrevistas, formándose con diferentes letras; dichos códigos, también fueron empleados en las viñetas para hacer referencia al actor en cuestión.

3.3. Materiales e Instrumentos.

Se usó una grabadora, y audio cintas grabables.

Se empleó una guía temática para las entrevistas con la finalidad de abordar todos los aspectos clave con cada uno de los participantes (véase anexo 1). Las áreas temáticas a explorar fueron elaboradas considerando los aspectos esenciales comprendidos en el concepto de perspectiva descrito por

Charon (Charon, 2001). Las cinco áreas a saber comprendidas son: 1) expectativas generadas previas a su incursión en la comunidad, 2) actividades desarrolladas, 3) valoración de los cambios notados, 4) reflexión sobre su estancia y 5) apreciación de su formación académica y profesional.

3.4. Procedimiento

3.4.1. Acercamiento al escenario.

El acercamiento al campo consistió primero en visitar la comunidad donde los participantes ejercieron su servicio social profesional, esto para conocer el lugar y saber la manera en la que serían contactados.

Posteriormente, se contactó a los participantes para solicitarles una cita, acordando el horario y el sitio de la misma con base en la disponibilidad de cada uno de ellos. En dicha cita, se les hizo saber la intención de conocer su experiencia en la comunidad terapéutica donde realizaron su servicio social profesional; asimismo, se señaló que esto se llevaría a cabo a través de entrevistas individuales que serían programadas de acuerdo a su disponibilidad, en este momento se pidió su autorización para audiograbar las conversaciones que se sostendrían posteriormente, enfatizando que su anonimato sería salvaguardado todo el tiempo.

Una vez que consintieron lo anterior, se procedió a acordar las condiciones del siguiente encuentro, en el que se llevaron a cabo las entrevistas.

3.4.2. Descripción del escenario.

La comunidad terapéutica en cuestión es una institución particular ubicada en una zona urbana de clase media, cuyos servicios de internamiento y centro de día están dirigidos a jóvenes y adultos de ambos sexos que presentan trastornos mentales.

La institución ofrece el servicio de internamiento donde asegura atención y cuidado integral de los pacientes; de igual forma la reinserción social es un objetivo que habita en su discurso y el cual pretenden conseguir echando mano de los talleres.

Son dos los sitios que conforman la comunidad: el centro de día y el centro de residencia. En el centro de día tienen lugar los talleres (música, danza, teatro, encuadernación, pintura); funciona de lunes a viernes de 10 a 18 horas, a él acuden algunos pacientes que habitan en el centro residencial y otros que sólo van al centro de día, hasta el momento de este estudio acudían aproximadamente 14 pacientes diariamente, de los cuales la mayoría procedía del centro residencial. En este escenario labora el personal administrativo (secretarias, recepcionista, contador), personal de intendencia, 9 talleristas, prestadores de servicio social profesional en distintas guardias, una psicóloga, una psicoanalista y el director de la institución.

Cabe mencionar que el taller de encuadernación es la actividad prioritaria, dado que su duración es de 7 horas al día y la mayor parte de quienes acuden al centro de día es para ejercer dicha actividad; en él, los pacientes y talleristas fabrican diversos productos que posteriormente son vendidos, la mayor parte de las ganancias obtenidas van directamente para la institución y a los pacientes sólo se les da un pago mínimamente simbólico.

En el centro residencial se brinda el servicio de internamiento; las actividades principales que ahí se desarrollan consisten en salidas programadas por la institución (cine, parques, cafés, entre otros), salidas de índole médica (citas con el psiquiatra, psicoanalista, podólogo, etcétera), salidas a petición de los pacientes (caminatas, ir a la tienda, al café, entre otras), ver televisión y establecer conversaciones en el patio.

El centro residencial tiene un horario de lunes a domingo las 24 horas, hasta el momento de este estudio en dicho centro residían aproximadamente 18 pacientes; ahí el personal está conformado por una cocinera, personal de

intendencia, 3 enfermeras en diferentes guardias, cuidadores que suscriben su hacer a un paciente en particular, prestadores de servicio social profesional en distintas guardias y 6 psicólogos que conforman el equipo clínico.

Todos los participantes ejercieron en ambos escenarios la misma cantidad de tiempo; y a su parecer existe una desvinculación y falta de comunicación entre ellos, siendo para cada centro una dinámica distinta. En el caso del centro de día, las actividades están definidas y su participación se suscribió fundamentalmente al taller de encuadernación, donde 2 talleristas a cargo coordinaban su labor. Mientras que en el centro residencial, las diligencias parecían menos puntualizadas y quienes estaban a cargo prestaban poca atención a la realización de las mismas, dicha apreciación es compartida por algunos de los pacientes.

El contacto principal de los participantes respecto al personal de la institución, era con quienes conformaban el equipo clínico y los talleristas, dependiendo del centro en el que estuvieran.

La mayor parte de los pacientes no reciben visitas familiares, y de quienes se sabe algo de su historia ésta alude a constantes internamientos en diversas clínicas; todos ellos se encuentran bajo tratamiento farmacológico.

3.4.3. Aplicación de entrevistas.

Se empleó la entrevista a profundidad con cada uno de los participantes. Básicamente, consistió en establecer y mantener una conversación con cada uno de los voluntarios, con el propósito de conocer sus ideas, creencias, pensamientos, acciones y sentimientos acerca de su experiencia como acompañantes terapéuticos, con base en las áreas temáticas comprendidas en la guía de entrevista.

Como se mencionó anteriormente, el sitio y los horarios de las entrevistas se acordaron con base en la disponibilidad de los informantes, la mayoría de las cuales se realizaron en áreas verdes de la Facultad de Estudios Superiores

Iztacala. Antes de comenzar, se les recordó la intención del estudio, así como la audiograbación de la conversación y la reiteración de su anonimato. No hubo contratiempos en la realización de las entrevistas, todos los informantes acudieron puntualmente a las citas.

Con el propósito de conocer a detalle los sentidos y significados de los participantes respecto a su experiencia como acompañantes terapéuticos, se les persuadía para que describieran sucesos lo más detalladamente posible, tanto en acontecimientos que consideraban triviales como en aquellos asumidos como importantes. Como parte de la estrategia se intentó no forzar las respuestas de los informantes, asumir la guía de entrevista con flexibilidad de tal forma que el orden de la conversación estuviera en función de la información proporcionada, asimismo prestar atención para identificar durante la conversación aspectos abordados de la guía de entrevista sin que haya habido necesidad de formular las preguntas; el mantener un ambiente relajado durante la entrevista también resultó benéfico.

Todas las entrevistas fueron audiograbadas y tuvieron una duración aproximada de 60 minutos; su transcripción se hizo empleando un código para tal fin y fueron cotejadas con sus respectivas grabaciones.

3.4.4. Transcripción de las entrevistas.

La transcripción de las entrevistas se llevó a cabo con base en el código de aspectos técnicos que se elaboró para tal fin:

Silencios (...)

Separación y terminación de ideas y frases (.)

Risa (risas)

Ademanes (uso de cursivas)

Cita de lo dicho por otros (‘ ‘)

Para verificar e identificar errores, una vez que se realizaron las transcripciones, fueron cotejadas con sus respectivas grabaciones. Los errores identificados, fueron corregidos en la medida de lo posible.

3.4.5. Análisis de la información.

El procedimiento de análisis de la información recabada a partir de las entrevistas, comprendió esencialmente tres momentos: categorización de la información, identificación de tendencias de las perspectivas y sentidos de las perspectivas. Estos se describen a continuación, aunque cabe aclarar que si bien cada uno refiere pasos diferentes, como proceso de análisis constituyen uno sólo.

Categorización de la información. El primer momento del análisis consistió en categorizar la información proporcionada por los actores de forma individual, y en establecer la tendencia de los actores con respecto a cada una de ellas. El procedimiento llevado a cabo consistió inicialmente en la identificación de conceptos, ideas, definiciones, descripción de acciones y acontecimientos con respecto a las áreas temáticas exploradas en la guía de entrevista que indicaban valoraciones, orientaciones, expectativas, considerando tanto las situaciones donde los actores se referían a sí mismos como a las de sus compañeros, lo hicieran directa o metafóricamente.

Posteriormente se establecieron vínculos entre episodios conversacionales que se referían a cada una de las áreas exploradas; particularmente, cuando estas ideas y conceptos, no eran continuas en el discurso de los actores. De estos vínculos de episodios conversacionales, se consideraron tanto elementos compartidos como singularidades de la perspectiva de cada actor; así, se agruparon las respuestas de todos los actores con base en los significados y sentidos predominantes con la intención de tipificar por el lugar que ocupan en la estructura, el tipo de respuestas encontradas en cada área.

Con base en dichas tipificaciones, se caracterizaron las áreas a partir de los significados y sentidos esenciales encontrados. De las caracterizaciones realizadas, se procedió a realizar un agrupamiento de éstas para establecer a partir de allí cinco categorías, que se rotularon de la siguiente forma: 1) rol preescrito, 2) rol jugado, 3) los logros, 4) crítica, y 5) formación.

Identificación de tendencias de la perspectiva. El segundo momento de análisis de la información se dirigió a determinar las tendencias de la perspectiva de los actores en función de la dirección que le dieron a sus respuestas, enmarcadas en las categorías elaboradas. El procedimiento para llevar a cabo este segundo momento, consistió en emplear las categorías como unidad de análisis para establecer la relación entre contenido y tendencia de la perspectiva con el cargo o posición de los actores. Después, se identificaron semejanzas y diferencias respecto a su perspectiva; a partir de eso, se realizó un entrecruzamiento de perspectivas y sus tendencias de todos los actores, con la intención de identificar tendencias compartidas y divergentes entre los actores.

Sentido de la perspectiva. En este tercer momento, con el propósito de dar cuenta de la convergencia de líneas de acción conjunta respecto al acompañamiento terapéutico, así como de los elementos implicados en su naturaleza, se reorganizó la información de las tendencias encontradas en función de las construcciones simbólicas que caracterizaron la vivencia de los acompañantes terapéuticos. De estas frases en las que los actores definían y valoraban las acciones grupales con respecto al ejercicio del acompañamiento terapéutico, se identificaron los significados y sentidos que se le atribuían a dicha práctica, considerando para ello tanto situaciones recurrentes como singulares.

Una vez identificadas estas acciones con el mismo contexto de códigos en vivo, se identificaron y especificaron relaciones entre las diversas acciones; a partir de los cuales se especificaron todos los posibles elementos analíticos, en términos de temas generales o categóricos, a saber. Posteriormente, en función del objetivo del estudio, se seleccionaron los temas más pertinentes

para el análisis, quedando los siguientes: obligatoriedad y optimismo, el rito de iniciación y la profesionalización, imprecisiones institucionales y acción profesional, búsqueda de certidumbre e identificación con la institución, acompañamiento y requerimientos institucionales, cumplimiento: simulación y aprobación, el establecimiento de la compañía, y validación y facultación.

Ulteriormente se formularon proposiciones a partir de diversos ángulos de las relaciones entre los actores, adoptando diversos grados de generalidad y realizando un examen minucioso y flexible de los casos empíricos que resultaban comprendidos en dichas proposiciones.

El proceso descrito implicó recurrir constantemente a la información proporcionada por los diferentes actores, así como a los ordenamientos previos que se realizaron. En la medida en que se construía un nivel significativo de comprensión en cuanto a la relación de los elementos considerados en las proposiciones, se estableció el límite de análisis de los ejes. Para ello, se consideraron tanto el objetivo de estudio como las preguntas que guiaron el proceso de reexaminación de la información en este momento de análisis.

Finalmente, se retomó el ejercicio interpretativo resultante para discutir, a la luz del marco teórico elaborado, el grado de alcance del objetivo general de este estudio.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se describen las prácticas e interacciones identificadas y analizadas en función de su significado y tendencia de la perspectiva. Se muestra la dirección de las categorías que se construyeron y examinaron para dicho fin, esto en el contexto de las diferencias y similitudes encontradas en la totalidad de los actores participantes. Los rubros que a continuación se presentan, fueron contruidos a partir del análisis de la información recopilada.

4.1. El cargo nombrado.

Los participantes, sin excepción alguna, afirman que en ningún momento se les especificó cuáles eran las funciones que tendrían que desempeñar como acompañantes terapéuticos:

“Llegabas y te sentabas y a ver qué pasaba, en realidad jamás estuvo muy claro lo que teníamos que hacer. Era un acompañamiento, pero jamás supieron cómo explicarnos, yo jamás escuché la definición exacta que me hiciera tener las cosas claras.” (FSM)

No obstante, la idea y expectativas que ellos tuvieron se orientaban a buscar una actividad correspondiente a su formación como psicólogos con respecto a la asistencia de pacientes psiquiátricos:

“Fue un interés de ver esa otra parte de la psicología, el lado más psiquiátrico y ver cómo el psicólogo podría fungir ahí.” (HLF)

Las mismas que fueron precisando a partir de los vínculos establecidos con pacientes específicos:

“Al principio yo sí esperaba un clic, empatizar con algunos y de ahí ver qué se puede trabajar. Tenía muchas expectativas, de ‘voy a ayudar, voy a hacer esto, voy a hacer el otro’, cosas así. Ya estando ahí, te das cuenta que no es posible porque a veces no están las condiciones para que sea posible eso.” (XRR)

La forma en que se fueron posesionando de su rol estuvo en función de entender y considerar las necesidades que los pacientes requerían cubrir:

“Había días que sí esperaban la compañía a veces, alguien para platicar o alguien para salir a la tienda o para caminar.” (FSM)

Aunque hubo quien sólo se concretó a esperar que le indicaran la actividad a desempeñar con el paciente:

“Yo creo que no esperaban nada, a lo mejor la ayuda en ese proceso de estar haciendo las cosas, una ayuda y pues alguien que pudiera explicarles. Alguien a veces con quien platicar, algunos para despejar algunas dudas; nunca encontré una demanda explícita más allá de ‘acompañame a la tienda’, cosas que inclusive la institución pedía.” (HLF)

En esencia, la institución demandaba de los acompañantes terapéuticos que participaran en los talleres como reguladores de la conducta del paciente:

“Mi papel ahí era el de ayudar al paciente a encuadrarse en una actividad, a enfrascarse en una actividad.” (ENT)

Por lo cual, los participantes siempre consideraron que sus acciones parecían ir más encaminadas hacia el funcionamiento de la institución que hacia su formación como acompañantes terapéuticos:

“Ellos esperaban que me acoplara, que entendiera, que funcionara como ellos pretenden que funcione la gente que va ahí. Que estuviera más inmiscuida en todo. Creo que ellos confundían esa parte; porque siempre nos dijeron que estábamos ahí como a prueba para llegar a ser acompañantes terapéuticos, entonces no estaba del todo el chance porque ya no era tanto estar con ellos sino ‘chíngale porque hay un entrego en la tarde’.”
(XRR)

Incluso, ellos refieren que una de las consignas institucionales es que si no se responde a lo solicitado su desempeño es inadecuado:

“Les parecía que las más involucradas eran las únicas que no repelaban cuando las mandaban a hacer algo’. Si no hacías lo que se pedía pues eras la floja, y si te involucrabas de más ‘pues que buena onda que nos está apoyando’.” (ENT)

Es así como los participantes, ingresan a la comunidad terapéutica bajo el cargo de acompañantes terapéuticos nombrado institucionalmente, sin conocer las funciones inherentes a ello.

4.2. La construcción y el ejercicio del rol.

A pesar de no contar con una idea clara y precisa de las funciones propias de un acompañante terapéutico, a los participantes les era evidente que la mayoría de las actividades que desempeñaban correspondían al equipo clínico, por lo cual sentían que éste les delegaba parte del ejercicio de su función por conveniencia:

“La labor que ellos tendrían que hacer a lo mejor de acompañar a un paciente a tal lado, que les sirvas de comer, que les ayudes a limpiar no sé qué, te la dejan a ti y ellos ya pueden tomarse el cafecito o que su junta o cualquier cosa; y digo no te están

pagando, entonces yo creo que ahí les beneficia. En otras ocasiones era de 'veme a comprar esto, ve a esto', era como más funcional pero para el funcionamiento de la casa, ya ni siquiera con los pacientes, desde ir a comprar las tarjetas para sus celulares hasta ir a la tienda a comprar que el aceite, que la sopa o cosas así." (XRR)

Es por esa razón que ellos sentían que no hay una vinculación entre las funciones que desempeñan y aquellas que esperaban desempeñar:

"Me sentía como una cuidadora, como si cualquiera pudiera hacer ese trabajo, eso lo podía hacer hasta mi mamá. Yo perdí mucho la labor del psicólogo ahí y no me satisfacía porque de repente como psicólogos pensamos de la manera como hollywoodense de 'yo vengo aquí a cambiar muchas cosas, y con mi simple presencia o con ciertas estrategias que voy a utilizar entonces voy a cambiarlo'." (HLF)

Sin embargo después de un tiempo, llevan a cabo una negociación consigo mismos que les permite sobrellevar la situación de manera estratégica:

"En un principio sí te saca de onda, pero al final, llegué al punto donde dije: 'yo sé que nosotros vamos a salir de aquí, van a llegar más de servicio y van a seguir en esos roles'. Nunca me hizo sentir mal pero sí me hacía sacarme de onda, prefería no pensar en eso, prefería omitirlos, omitir caras o comentarios o muchas veces darles el avión." (FSM)

Incluso, esta condición es asumida por los acompañantes terapéuticos como un espacio que posibilita el establecimiento de una relación más genuina con los pacientes:

“Podía tomarlo de dos formas: sentirme como la chacha o utilizar eso como una manera de vincularme con los pacientes; el acompañar a alguien a la tienda te daba espacio para platicar, o ellos a veces te exponían dudas, entonces se podía platicar y despejar esas dudas. En un principio yo lo viví así de ‘chale, estoy haciendo una labor equis’, pero con el tiempo vi que era una experiencia en el sentido de la manera en que me vinculaba con los pacientes. Eso me daba oportunidad para platicar, para salir, para conocer parte de ellos, conocer sus gustos; o sea te daba oportunidad para mucho.” (HLF)

Dicha vinculación con los pacientes es importante para los participantes debido a las expectativas formuladas. Y es en esa búsqueda de vinculación con ellos donde los participantes asumen que ésta se da en función de demandas formuladas por los pacientes:

“En un principio estuve utilizando la lógica de ‘yo busco a las personas’, y yo veía que eso les llegaba a incomodar; después fue como un alejamiento, entonces yo no intentaba buscarlos, esperaba que ellos demandaran el asunto, entonces dependía de que ellos demandaran el acercamiento, que ellos se acercaran a mí. Ya después yo intenté pues estar ahí y sabían que estaba y yo podía acompañarlos pero si ellos me lo pedían.” IMG

En este sentido, los participantes van estableciendo indicadores que les permiten diferenciar cuándo es factible acercarse a ellos y cuándo no:

“A lo mejor a veces tú te podías acercar, y si no querían te abrían, con permiso y ni te pelaban. Pero aparte son cosas que vas aprendiendo, vas entendiendo que así son ellos, si ellos no quieren platicar contigo te lo dicen y dejas de pensar como ‘¿qué hice mal?’, te acostumbras a que te contesten mal o que ni siquiera te quieran voltear a ver o digan que les tiras mala onda.

Creo que dependía de cada paciente lo que quería, dependía del día y del paciente; hasta la manera en la que se te quedan viendo de repente o les saludas y ni te contestan, o les sonríes y se voltean, entonces empiezas a diferenciar esas actitudes y aprendes, empiezas a tener como la capacidad de diferenciar para dónde van ese día.” (FSM)

De este modo, construyeron su rol a través de la precisión de las funciones concernientes a su cargo; tomando en cuenta tanto las que aluden al orden institucional como aquellas de índole personal y profesional. Considerando lo anterior, realizan una evaluación de su labor en la comunidad terapéutica, temática que se aborda en el apartado siguiente.

4.3. Los logros.

Los acompañantes terapéuticos dan cuenta de situaciones que son asumidas por ellos como logros; en este sentido, realizan una distinción entre los que aluden a una dimensión institucional y los referentes al aspecto personal profesional.

Todos los participantes coinciden respecto a que uno de sus principales objetivos es brindar ayuda; en el caso de (HLF) ésta consistió en su incursión dentro de los talleres:

“Hice bien el hecho de convivir con ellos, de organizar los talleres, de organizar los tiempos, de que las personas estuvieran trabajando, buscar estrategias para que ellos trabajaran bien y no se desubicaran tanto; a lo mejor como un guía y un apoyo, en ese sentido puedo decir que sí ayudé en esa parte.” (HLF)

Sin embargo, también se observa que esa ayuda la aprecian en función de un caso en particular:

“Con la persona que más trabajé fue con un paciente que se llama José y mi percepción era de que a él lo obligaban a ir, que tenía que permanecer ahí. Entonces a lo que quería dirigirme era que él viviera este proceso un poco más relajado y que no lo viviera tan estresante. En ese sentido sí pude haber ayudado a esa persona y a que se tuviera un poquito más de confianza, sí llegué a ver un poquito de cambios porque él ya podía hacer el trabajo solo, ya no necesitaba una persona que estuviera ahí y creo que eso fue un trabajo que fui haciendo paulatinamente.”
(HLF)

Todos ellos respaldan su apreciación de los resultados logrados a partir de los señalamientos que el personal adscrito a la institución les hacía saber acerca de su desempeño:

“El hecho de que decían que hacía bien mi trabajo era porque me empezaron a delegar responsabilidades, y entonces eso quería decir que les satisfacía dentro de ese rubro mi trabajo ahí; hubo ocasiones en las que ya las personas encargadas, eran los talleristas, me empezaron a delegar más responsabilidades.”
(HLF)

De hecho, el sentir general de los acompañantes terapéuticos es que su desempeño contribuía al funcionamiento de la institución:

“La institución no se puede quejar, fuimos un apoyo y siempre respondimos, o bueno siempre respondí a lo que pedía creo. Siempre fui una persona que se prestó para ayudar a servir la comida, hasta acompañar a alguien a un lugar que no sabía ni siquiera cómo llegar, siempre fui como muy accesible.” (FSM)

Llegando inclusive a pensar que su labor sirvió más a la institución que a su formación profesional y/o personal:

“Yo creo que la mayoría de nosotros salió aprendiendo a encuadernar más que aprendiendo a platicar con uno de los pacientes o a hacer una contención.” (ENT)

Al comentar acerca de los logros personales, la mayoría de los participantes coincidieron en que se suscitaron a partir de situaciones cotidianas, a las cuales les atribuyeron un sentido distinto, conceptuando esta situación como un escenario donde pudieron orientar su actividad desde una posición más cercana a lo que ellos consideran el acompañamiento terapéutico:

“Alguno que otro sí lo ayudé por el hecho de escucharlos. En algunas ocasiones cedí a encuentros, cedí a pláticas, a compartir objetos, a compartir lecturas, cosas así para alivianarlos. Yo como que veía alguna emoción en ellos, como que era tanto su encierro que eso lo denotaban en su forma de ser; de repente cuando estabas con ellos sí se veía algo diferente y era padre llegar la siguiente ocasión y que recordaran esa parte, que aún la buscaran.” (XRR)

Encontrando todos ellos que la comprensión de los pacientes era una condición ineludible para asumirse realmente en el rol de acompañantes terapéuticos:

“De repente creo que su vida ahí se volvía muy rutinaria o muy predecible, entonces el hecho de que llegue alguien, te hace más llevadera la tarde, te hace menos pesado el taller, hace menos peor las cosas. Yo podía darles tiempo, tiempo y actitud. La actitud que no tenían los otros, el hecho de tomarte el tiempo de sentarte en la sala a ver quién llegaba y a ver quién te pelaba.” (FSM)

De ahí que el lograr una vinculación positiva con los pacientes significaba, además de satisfactorio, prueba de su desempeño favorable:

“Llegas esperando tener el clic o no sé, llevarte bien con alguien, y llegar a tener cierto acercamiento con unas personas para mí fue como bien chido, bien gratificante.” (FSM)

Y en algunos casos, la relación que se llega a tener con los pacientes se convierte en la única fuente de satisfacción:

“Mi mejor experiencia fue con un paciente en específico y de tanta mierda que había ahí, fue lo más amable que encontré. Compartíamos gustos y para mí era eso padre por todo lo que involucraba ahí, me sentía útil y me hacían la estancia más amena, lo disfrutaba.” (XRR)

Ante los ojos de los participantes, el acercamiento con algunos pacientes conllevaba mayor dificultad por su condición; en tales casos, el establecimiento de un vínculo con esos pacientes denominados difíciles, era considerado necesidad y reto:

“Ellos fueron viendo esa parte y de repente también alimentaban mi ego porque decían ‘es que es raro que a alguien le dé esto, o le diga esto’; en una ocasión uno me dijo que si yo lograba un acercamiento más con él que les ayudaba mucho porque era una persona bien difícil, que casi no se puede hablar con ella y que estaba como muy contenida, y que en la medida en que yo lograra algo con él pues a ellos los ayudaba mucho, y que me iban a ayudar en la medida que fuéramos avanzando él y yo, me iban a ayudar ellos.” (XRR)

Respecto a los logros personales y profesionales alcanzados, en algunos de ellos implicó un crecimiento profesional y una experiencia que transformó su perspectiva sobre la psicología:

“Mi mayor logro fue personal y de aprendizaje en cuanto a mi perspectiva sobre comunidades terapéuticas. Y por otro lado, también tuve un logro muy importante en cuanto a mi trabajo personal y profesional como psicóloga, qué se puede y qué no, qué está bien y qué no para tu seguridad y la seguridad de tus pacientes. Cambió por completo mi visión de ser psicólogo.”
(ENT)

Asimismo, existe otra postura de quienes consideran no haber tenido ningún logro de esta índole, a pesar de haber referido logros institucionales:

“Jamás supe cuál fue mi desempeño ahí, por parte de la institución cuál fue la impresión que les dejó mi trabajo. De mi parte siento que no fui a hacer mi trabajo, quedé insatisfecha conmigo misma.” (HLF)

Aunque en esta postura, es evidente que en una de las participantes que la asume valoró la situación en función de metas muy ambiciosas:

“Me faltó mucho, la verdad creo que soy de esas personas que en un momento no reflexionaron lo que estaban haciendo y se dejaron llevar por la parte personal, por el ego, simplemente por querer ser vista. Ahí mi trabajo creo que me faltó mucho, ni siquiera podría valorarlo, no quisiera decir que fui malísima pero tampoco hice algo bueno, tampoco pude hacer que algo cambiara o hacer algo trascendente en la comunidad.” (ENT)

Es así como los acompañantes terapéuticos, aluden a su experiencia en la institución en términos de los logros y objetivos alcanzados.

4.4. Reflexión y crítica final.

Una vez estando fuera de todo compromiso con respecto de la comunidad terapéutica, comentan acerca de la reflexión final que realizan de su estancia ahí, la cual se orienta esencialmente a la apreciación de la institución.

En estos términos, los acompañantes terapéuticos consideran que la institución se ve beneficiada económicamente de forma excesiva:

“Es una institución que lucra con los pacientes.” (ENT)

Lo anterior, les indica que institucionalmente se crean las condiciones para mantener a los pacientes ahí y a partir de ellas establecen criterios fantasmas de avance:

“Primero los chingan un poquito para que realmente tengan que estar ahí, y ya después los tienen ahí porque es una entrada de varo de cada usuario que está ahí... Yo nunca vi un avance de los pacientes, sí había cambios pero en decremento; yo veía que todo iba para abajo, para abajo, para abajo con todos y luego decían ‘ya avanzó con fulano’ y yo decía ‘¿de dónde? Si yo lo veo igual y a veces hasta peor.’” (XRR)

Es en este sentido que consideran que la reinserción social que supuestamente se persigue como institución, es una meta que tiene sentido únicamente de forma discursiva:

“Era así como el mundito dentro del mundo más grande, donde trataban de igualar a lo mejor cuestiones como la chamba, las obligaciones, pero creo que sí les faltaban cosas más allá de eso porque a final de cuentas los seguían protegiendo. Les seguían metiendo una ideología de ‘tú no puedes, tú debes saber que eres una persona tan distinta que allá afuera no te puedes desenvolver, por tanto hazlo aquí’, algo así.” (XRR)

Inclusive, les parece que no existe congruencia entre las acciones habituales de la institución y la idea que ésta ofrece a los usuarios del servicio y sus familiares:

“Te das cuenta que la vida es manipulada, les están vendiendo una propuesta de vida que ellos mismos no pueden controlar y por supuesto ellos mismos no se la creen, les venden algo ficticio, una fe de papel. La idea de venderles una reinserción social, de hacerles creer a las familias y a los pacientes mismos, que su vida puede ser igual a la de nosotros. El asunto de la reinserción es algo muy manipulado, es una institución que simplemente se dedica a vender una idea que nunca cultivó.”(ENT)

De igual manera, refieren la no correspondencia entre las funciones desempeñadas por el equipo clínico y las que los participantes suponen que deberían desempeñar:

“Los del equipo clínico se me hacían tan ausentes, se me hacían más administrativos en muchas ocasiones. Creo que es importante estar en contacto con ellos y se supone que el equipo clínico para eso estaba, esa era la función principal: estar con los pacientes. Pero creo que a veces se convertían más en choferes o en administradores”. (FSM)

Además mencionan que parece que dicha situación no es desconocida para los pacientes, ya que algunos llegan a comentar que el equipo clínico no hace lo suficiente para ayudarlos:

“Una vez platicando con una de las pacientes me dijo que a ella le parecía que el equipo clínico no hacía nada, que nunca estaban con ellos, que nada más se encargaban de manejar la camionetita para llevarlos al centro de día o algo así; ella sentía que ellos no hacían nada por los pacientes.” (POU)

De igual forma algunos pacientes asumen la idea de ser un factor importante en términos financieros:

“Un día platicué con Ramiro respecto a que estaba indeciso sobre si dejar la casa para vivir en un departamento o seguir ahí; dentro de lo que me dijo fue que el Director de la institución le recomendaba que se quedara, que era lo mejor para él, pero Ramiro no le creía del todo porque sabía que el doctor se lo decía por la cuestión económica porque Ramiro era uno de los que más pagaban ahí.” (POU)

4.5. La formación académica y profesional.

Al hablar respecto a la formación académica que los participantes tenían cuando ingresaron a la comunidad terapéutica, todos coinciden en que ésta no fue suficiente para dar respuesta a algunas de las demandas realizadas dentro de la institución:

“Ya estando dentro me di cuenta que no estaba preparada para estar ahí dentro, desconocía muchísimas cosas, me hizo falta...la teoría para estar ahí. Se presentaban situaciones que no sabía cómo actuar ante ellas, no me sentía preparada, no sabía cómo actuar.” (HLF)

Dicha sensación de carencia, no pudo ser subsanada a través del personal adscrito a la institución, ya que los participantes percibían un distanciamiento respecto a ellos:

“No hay esa parte de estar contigo, de enseñarte a hacer las cosas para que tú puedas desenvolverte mejor ahí.” (XRR)

Este apartamento sólo se anulaba temporalmente con intervenciones de índole prohibitivo; es decir, cuando el equipo clínico les indicaba algo que no estaba permitido:

“Conmigo jamás se acercaron...de repente nada más era para decirte lo que no podías hacer, esa era la vez que se acercaban conmigo para hablar de pacientes.” (FSM)

Es por ello que los acompañantes terapéuticos dicen haber echado mano del soporte que entre ellos se brindaban:

“Ibas con más personas y esas personas te ayudaban como a hacer menos pesado o a sentir menos incertidumbre porque a final de cuentas había alguien que te estaba acompañando y no era como si estuvieras solo. Hasta el hecho de platicar con las otras personas que estaban en la institución haciendo lo mismo que tú o bueno de servicio también, de repente sí era un apoyo, o si te faltaba algo sabías que había alguien que te iba a escuchar.” (FSM)

Los resultados presentados hasta el momento, van delineando la perspectiva que los actores tienen respecto al acompañamiento terapéutico. En este sentido, podemos hablar de que existe una perspectiva compartida por todos los participantes, la cual se orienta al cumplimiento de las demandas formuladas desde la institución.

Asimismo, es posible identificar la forma en que los participantes definen su acción a partir de sus intereses y también tomando en cuenta a la institución, dado que su estrategia es elaborada dentro de la normatividad institucional.

A continuación se procederá a interpretar los diversos sentidos implicados en las tendencias, esto con al finalidad de dar cuenta de las construcciones simbólicas de los actores. Construcciones que los articula en el proceso de la acción social con respecto al acompañamiento terapéutico y permiten conocer el sentido de la perspectiva mostrado por los actores ante ésta.

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el presente apartado se pretende exponer el último momento del análisis de la información, el cual concierne al sentido de la perspectiva construida en las interacciones simbólicas de los actores. Para ello, se construyeron ejes de análisis con base en el objetivo de la investigación y en la dirección que la investigación fue tomando, es decir, las preguntas y/o reexaminaciones emergidas en el desarrollo del presente estudio.

5.1. Obligatoriedad y optimismo.

El ingreso de los participantes en la comunidad terapéutica tuvo el carácter de servicio social profesional y a su vez de asignatura curricular a cubrir; condición que nos permite entender que para el desempeño de esta acción en el orden institucional, los participantes no decidieron los tiempos o las formas en las que su ejercicio se llevaría a cabo.

Por esta razón, la práctica se enmarcó en la obligatoriedad, haciendo imprescindible su realización y siendo consecuentemente el objetivo esencial la aprobación de la asignatura y la liberación del servicio social, objetivo que estuvo presente durante toda su estancia ahí.

Como parte de su condición de prestadores de servicio social, el rol como profesionales de la salud se hizo presente, implicando que los participantes generaran expectativas que primordialmente se orientaron a brindar ayuda clínica a los pacientes en sus diversas modalidades. Es así, como previo a su inserción en el escenario y a pesar de desconocer en gran medida las funciones a desempeñar dentro del rol de acompañantes terapéuticos, los participantes experimentan entusiasmo y optimismo porque veían a la comunidad terapéutica como una oportunidad de profesionalización.

5.2. El Rito de iniciación y la profesionalización.

La definición de la situación como una oportunidad de profesionalización, se debió a que como psicólogos en formación, desempeñaron por primera vez el papel de acompañantes en un ámbito clínico; el precisar dicho escenario como un espacio de orden profesional, involucró ineludiblemente poner a prueba su formación y su capacidad como psicólogos, por tanto, su acción estuvo encaminada hacia la consecución del éxito, así como a la demostración de su capacidad profesional ante el equipo clínico, ante sus compañeros y ante sí mismos.

Aunado a lo anterior, la experiencia fue también asumida como un rito de iniciación en lo profesional como psicólogos clínicos, un espacio de transición entre lo escolar y lo profesional, cuyo término implicó automáticamente el deseable ascenso de ese peldaño.

Es a partir de la enunciada interpretación de la situación que los participantes procuran la pertenencia al grupo, siendo éste el sentido del rito, entendiendo y aceptando la sujeción al orden institucional en miras de su afiliación y consecuente aprobación.

5.3. Imprecisiones institucionales y acción profesional.

La condición de los participantes respecto a la definición de la situación como rito iniciático y las implicaciones que esto conllevaba, eran conocidas por la institución dado que el cargo de acompañante terapéutico no era nuevo en la comunidad. Esto nos permite entender que la imprecisión respecto a las funciones inherentes al rol de acompañante terapéutico, resulta un hecho estratégico para potenciar la participación de los acompañantes en dirección de las necesidades de la institución, independientemente de las funciones particulares del cargo.

Parte de dicha estrategia lo es también el margen de acción que se deja, brecha que a la institución le permite hacer sentir a los participantes que no están cabalmente sujetos a ella, que tienen libertad de acción la cual aprovechan para intentar satisfacer las expectativas fijadas.

De este modo, los acompañantes terminan adhiriéndose a la institución a través del cumplimiento de lo que ésta espera de ellos, asumiendo que tal obediencia les concede la anhelada pertenencia al grupo.

5.4. Búsqueda de certidumbre e identificación con la institución.

A pesar de contar con una brecha de libertad en su acción, los participantes encuentran dificultades en el ejercicio de su rol, y esencialmente en la consecución de sus objetivos respecto a brindar ayuda clínica, al interactuar con los pacientes, dado que ven en ellos una intención manipuladora de las situaciones así como la adecuación a la comodidad que deviene de su condición de locura.

De esta forma, la situación que en inicio fue asumida como gratificante terminó siendo definida como una situación cargada de incertidumbre y que amenazaba la posibilidad de posicionarse como profesionales competentes; por tanto, al intentar reelaborar su estrategia con intención de hallar otra vía para cumplir sus objetivos, terminan ejerciendo las tareas formalmente establecidas al definir las como una opción de desempeñar su rol de acompañantes terapéuticos a disposición de lo requerido por la institución, situación que alberga la posibilidad de legitimar su estancia ahí.

5.5. Acompañamiento y requerimientos institucionales.

Sujetos a las actividades formalmente establecidas por la institución, su hacer se encamina a regular la conducta de los pacientes, desempeñando diligencias no correspondientes a las deseadas; hay una inconformidad no expresada ante

la institución a pesar de considerar ciertas actividades ajenas al objetivo de ayuda a los pacientes y más bien orientadas a buscar beneficios económicos para la institución.

Así, la incursión de los participantes termina suscribiéndose a fungir como auxiliar institucional que está ahí para procurar el buen desempeño laboral de los pacientes y cubrir sus falencias que obstaculizan la entrega de las producciones, teniendo como prioridad que el producto pueda ser terminado.

Este hecho da cuenta de los beneficios económicos que para la institución devienen del trabajo de los pacientes y permite entender que el sentido de la institución se orienta a la adaptación de los pacientes encausando su actividad a la producción de beneficios institucionales.

En este sentido, el objetivo perseguido por la institución dista mucho de la reinserción social presumida en el discurso, sus acciones tienden a la adaptación de los pacientes tratando de que generen problemas mínimos; y en tal caso que esto ocurra, el impacto no resulta tan grande para la institución ya que el acompañante es puesto ahí como una barrera de contención, manteniendo distante las vicisitudes cotidianas que tienen lugar en la vida del paciente.

5.6. Cumplimiento: simulación y aprobación.

A pesar de todo, los participantes continúan sosteniendo su hacer en dirección al cumplimiento institucional, lo cual se explica por la adherencia, la identificación y el sentimiento de pertenencia a la institución conseguido; cuyo sentido se orienta fundamentalmente a conseguir la aprobación curricular y la afiliación profesional.

Asimismo, al entender su posición de prestadores de servicio social profesional, asumieron que habría un costo por el rito iniciático el cual se traduce en la tolerancia y la obediencia de las demandas y tratos institucionales, definiéndolos como sacrificios en pro de la profesionalización

que obtendrían al final, y quizá también una obediencia pensada contemplando que algún día estarán en el mando. Terminan enrolándose de ese modo como producto de la interacción entre las demandas institucionales, lo que los actores suponían que la institución esperaba de ellos, y por otra parte, las expectativas propias de los mismos.

Hasta este punto, el cumplimiento institucional y el sentimiento de pertenencia a la misma ya estaban instaurados, consiguiendo con ello la validación y legitimación de su participación.

5.7. El establecimiento de la compañía.

Hasta este momento, parece que institucionalmente habían cumplido las demandas formuladas; no obstante, su hacer no se detuvo ahí, no se limitó exclusivamente a las labores formales, sino que se busca la vinculación en otro orden con los pacientes, en miras de hallar un escenario donde puedan poner en juego aspectos propios de su rol como psicólogos y de la asistencia esperada. Este hecho da cuenta de cómo el acompañante es quien resulta estar más necesitado de compañía por la razón de tener que dar respuesta a una demanda y sentir que su labor está poco o nada vinculada con la profesión que representa, es decir que parte de las funciones esenciales del rol que representaba no estaban siendo cubiertas.

Es por eso que los participantes buscan literalmente acompañar a los pacientes en cualquier situación, buscan cualquier condición que socialmente representa compañía. Por eso se aprovechan espacios de las situaciones cotidianas y no formales donde construyen la oportunidad de tener un contacto más real con los pacientes, y pese a que aún en este espacio se percibían ciertas demandas institucionales expresadas a través de los pacientes, los participantes atribuyen que en estas circunstancias la vinculación es más auténtica y es ahí donde precisan que pueden brindar la ayuda proyectada, es ahí donde el acompañamiento toma sentido como tal, donde su labor se ve más cercana a lo profesional dado que esta iba encaminada hacia la ayuda clínica.

5.8. Validación y facultación

Al finalizar su experiencia en la comunidad, todos los participantes atribuyen éxito a su paso por ahí, asumiéndola como un aprendizaje en alguna modalidad; lo cierto es que ese éxito puede ser entendido en tanto que su experiencia como prestadores de servicio social, independientemente de su desempeño o logros obtenidos, conllevó la vivencia del rito de iniciación en lo profesional, permitiendo la resignificación de cómo se posicionan ante lo profesional.

A ese trance hacia lo profesional, se le termina atribuyendo un mayor valor porque al no contar con una orientación, el desamparo es una de las características que permearon la vivencia; por un lado, el encargado de asignar la calificación, llegó a ser una figura ausente por lo que su intervención se redujo a la satisfacción de los criterios de aprobación, cuya utilidad para los participantes se suscribe sólo a la adquisición de una calificación y no se extiende hacia el desarrollo de su ejercicio.

Por otra parte, dentro de la comunidad y como parte del deslindamiento de responsabilidades de la institución, tampoco hubo quien guiara la labor de los acompañantes terapéuticos. La realización de este ejercicio sin apoyo se traduce para los participantes como un obstáculo que enaltece sus logros dándole matices de proeza a su paso por la comunidad terapéutica.

CONCLUSIONES

El abordar el acompañamiento terapéutico a partir del discurso de los actores que lo llevan a cabo, tuvo como intención entender los significados y sentidos implicados en el ejercicio de dicha práctica; en esencia, conocer la perspectiva de quienes lo desempeñan, asumiendo que ésta es una estructura simbólica que se construye a partir de la interacción con otros.

En conclusión, podemos hablar de una perspectiva compartida que se orienta al cumplimiento institucional, en tanto que sus actitudes y acciones fueron elaboradas de acuerdo a las expectativas que la institución tenía respecto a su rol como acompañantes terapéuticos. Los participantes definieron su acción en función de sus intereses pero dentro de los límites y normas institucionales, asumiendo que por esta vía conseguirían la satisfacción parcial de sus metas.

Del mismo modo, se orientó a una afiliación profesional, siendo una práctica iniciática ineludible que finalmente les permitió posicionarse de forma distinta en el escenario profesional; aunado a ello, su experiencia se enmarca en una condición de obligatoriedad dado que su ejecución es consigna para la consecución de algunos objetivos escolares y profesionales; por tanto, ello constituyó la razón por la cual los participantes toleraron parte de la dinámica en la comunidad.

Es así como los participantes consiguen que su acción se encamine hacia la satisfacción de ambos requerimientos: el institucional y el personal-profesional. Por un lado toman en cuenta el perfil del rol que institucionalmente se muestra, inscribiendo parte de su hacer en ello como estrategia que permite la consecución de algunos objetivos; así mismo, institucionalmente se deja una brecha como posibilidad de elaboración de estrategias que puedan responder a los intereses de los participantes, quienes aprovechan ese margen de libertad para darle un sentido de acompañamiento terapéutico a su experiencia, porque

para ellos sólo de este modo su estancia en la comunidad puede ser asumida como una labor profesional. En consecuencia la institución echa mano de ellos para sostener la dinámica que les resulta funcional para los fines que persiguen, y al mismo tiempo les deja la libertad necesaria para que puedan hacer que su participación sea rentable para ellos.

De este modo, ambas partes participan en un juego de complicidad en miras de alcanzar sus objetivos particulares y brindar lo necesario para que la contraparte pueda hacerlo también. En dicha complicidad, la institución y los actores consiguen la validación de su acción a través del otro, por lo que los participantes posibilitan el sostenimiento institucional a cambio de que ésta valide su vivencia, otorgándoles con ello una facultación profesional; lo cual resulta indispensable dada su condición de profesionales en proceso formativo.

Es así, que el rol del acompañante terapéutico es construido y ejercido aludiendo a un orden institucional. Por lo tanto, el rol de acompañante terapéutico se ejerce distando considerablemente de las razones que sustentaron su origen, las cuales apuntan a ser una alternativa en el abordaje de trastornos mentales.

La cuestión expuesta no es fortuita, de hecho alude a una estrategia delineada y sostenida por los actores implicados como lo son la institución, el equipo clínico, los pacientes y los acompañantes terapéuticos que prestan su servicio social profesional.

Dado lo anterior, el pensar en posibles modificaciones al ejercicio de la práctica terapéutica mencionada conlleva implicaciones que vale la pena enunciar. Hay que considerar que los pacientes que portan el estigma de locura son segregados de la sociedad, terminan haciendo uso estratégico de los beneficios secundarios de su etiqueta involuntaria asumida y justificando parte de sus acciones a través de ésta.

En este sentido, el trabajar con intención de reinsertarlos a esa sociedad demandante, conllevaría para ellos replantear su línea de acción prescindiendo de los beneficios mencionados.

Un impacto aún mayor recaería en la institución, cuyo sentido de acción se orienta a la consecución de beneficios financieros y no a procurar la salud y rehabilitación de los pacientes, como discursivamente se promueven. Tal es el caso del taller de encuadernación, del cual la institución consigue ingresos significativos por medio de la mano de obra de los pacientes, quienes reciben un pago mínimo por su trabajo. El redefinir esas actividades como espacios terapéuticos, impactaría directamente la situación financiera de la institución.

En esta misma línea de trabajar en pro del paciente, el equipo clínico perdería el confort que conlleva suscribir su acción a la adaptación y funcionalidad de los pacientes dentro de la institución; así como la facilidad con la que delegan sus funciones.

En el caso de los actores que fungen como acompañantes terapéuticos, la legitimación y validación de sus acciones no sería determinada por el cumplimiento institucional; en tal caso, la reelaboración de su línea de acción tendría que encaminarse a las metas conseguidas en relación con aquellos a quienes acompañan, construyendo con base en ello los parámetros que permitan identificar cuando fue concluido satisfactoriamente el rito iniciático en lo profesional que se juega en el servicio social que brindan.

En este sentido, puede argüirse que el sendero que se está siguiendo es el adecuado si el sentido del acompañamiento terapéutico es enmarcarse en la institucionalidad, independientemente de los fines perseguidos, a cambio de que los actores que lo efectúan validen su iniciación en lo profesional. No obstante, si lo que se desea es que realmente se acompañe, valdría la pena reformular algunas cuestiones, de tal suerte que el ejercicio del rol se orientara a beneficiar a los pacientes en otro sentido.

ANEXOS

ANEXO 1

Guía temática de entrevista

- Expectativas del acompañante terapéutico
- Expectativas de la institución
- Expectativas de los pacientes
- Tareas a desempeñar
- Opinión respecto a las tareas a desempeñar
- Cambios notados
- Explicación y valoración de los cambios notados
- Beneficios logrados
- Explicación de los logros
- Reflexión sobre su estancia
- Apreciación de su formación académica y profesional
- Opinión de los participantes respecto a la Institución
- Apreciación del desempeño de los otros acompañantes terapéuticos

REFERENCIAS

- Álvaro, J. & Garrido, A. (2003). Fundamentos Sociales del Comportamiento Humano. Barcelona: EDIUOC.
- Asworth, P. (1979). Social Interaction And Consciousness. New York: John Wiley & Sons.
- Blumer, H. (1968). Symbolic Interaccionism: Perspective and Method. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Blumer, H. (1982). El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método. Barcelona: Hora.
- Becker, H. & McCall, M. (1990). Symbolic Interaction and Cultural Studies. Chicago: University of Chicago.
- Bélanger, B. & Riou, L. (1997). Delimitación del discurso delirante y lazo social. En: W. Apollon, D. Bergeron & L. Cantin (Ed.), Tratar la Psicosis. (151-157). Argentina: Polemos.
- Cavagna, N. (2009, enero). ¿Qué es el acompañamiento terapéutico? (42 párrafos). Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica (En Red). Disponible en: www.aap.org.ar
- Charon, J. (2001). Symbolic Interactionism: An Introduction, An Interpretation, An Integration. New Jersey: Prentice Hall.
- Chavero, O. (2006). El acompañamiento terapéutico como una estrategia de intervención interdisciplinaria en el trabajo con niños en situación de calle. En: M. Macías; I. González; E. Flores; O. Chavero & G. Estévez (Ed.), Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. (127-134). México: Plaza y Valdés.
- Christopher, S. (2001). To Dance The Dance: A Symbolic Interactional Exploration Of Premarital Sexuality. New Jersey: L. Erbaum.
- Clarke A. & Gerson E. (1990). Symolic interactionalism in social studies. En: H. Becker & M. McCall (Ed.), Symbolic Interaction and Cultural Studies. Chicago: University of Chicago.

- Denzin, K. (2000). Un punto de vista Interpretativo. En: C. Denman & A. Haro. (Ed.), Por los Rincones. Antología de Métodos Cualitativos en la Investigación Social. (147-206). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Doménech, M.; Iñiguez, L. & Tirado, F. (2003). "George Herbert Mead y la psicología social de los objetos." Psicología y Sociedad, 15 (1), 18-36.
- Duarte, K. (2005). Ética y Técnica en el Acompañamiento Terapéutico: Andanzas con Don Quijote y Sancho Panza. Sao Paulo: Unimarco.
- Estévez, G. (2006). Equipo interdisciplinario y función del acompañante terapéutico. En: M. Macías; I. González; E. Flores; O. Chavero & G. Estévez (Ed.), Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. (135 -146).México: Plaza y Valdés.
- Fortin, C. & Riou, L. (1997). El plan de intervención. En: W. Apollon, D. Bergeron & L. Cantin (Ed.), Tratar la Psicosis. (166-168). Argentina: Polemos.
- Gómez, M. (2006). ***Aportes de la acompañamiento terapéutico.*** Manuscrito presentado para su publicación.
- González, D. (2008). ¿Qué significa ser acompañante terapéutico? Abraxas Magazine. Revista de Psicología, Sociedad y Cultura, 2 (24), 6-8.
- Henslin, J. (1990). Social Problems. New Jersey: Prentice Hall.
- Hewitt, J. (2003). Self and Society: A Symbolic Interactionist Social Psychology. Chicago: Allyn & Bacon.
- Ingoldsby, B. (2004). Exploring Family Theories. California: Roxbury.
- Kuras, S. & Resnizky, S. (1985). Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos. Buenos Aires: Trieb.
- Kuras, S. & Resnizky, S. (2005). Territorios del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva.
- Macías, M.; González, I.; Flores, E.; Chavero, O. & Estévez, G. (2006). Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. México: Plaza y Valdés.
- Mares, A. & Ito, E. (2005). "Integración educativa: perspectiva de los actores sociales encargados de realizarla". Revista Mexicana de Investigación Educativa, 10 (26), 903-930.
- Mead, G. (1982). Espíritu, Persona y Sociedad: Desde el Punto de Vista del Conductismo Social. Buenos Aires: Paidós.

- Miranda, A. (2005). ***“Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social: de cómo la claridad y la filantropía se hicieron científicas”***. Tesis de doctorado no publicada, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España.
- Nivoloni, J. (2008). “El Acompañamiento Terapéutico y la Psicosis”. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental, 1 (5), 31-41.
- Nosnik, A. (1986). “Las personas de James y Mead”. Revista Estudios del Instituto Tecnológico Autónomo de México, 7 (1), 67 – 89.
- Prus, R. (1999). Beyond the Power Mystique: Power As Intersubjective Accomplishment. New York: State University Of New York Press.
- Pulice, G. & Rossi, G. (1994). Acompañamiento Terapéutico: Aproximaciones a su Conceptualización, Presentación de Material Clínico. Buenos Aires: Polemos.
- Rivarola, G. (2002). “Acompañamiento terapéutico y función secretario”. En: F. Manson; G. Rossi; G. Pulice; M. Frank; S. Alderete; P. Dragotto & L. Leblebdjian (Ed.), Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico. (17–22). Buenos Aires: Polemos.
- Rizo, M. (2004, septiembre). El interaccionismo simbólico y la escuela de palo alto, hacia un nuevo concepto de comunicación (85 párrafos). Razón y Palabra (En Red). Disponible en: www.razonypalabra.org.mx
- Rizo, M. (2005). “La psicología social y la sociología fenomenológica: apuntes para la exploración de la dimensión comunicológica de la interacción.” Global Media Journal Edición Iberoamericana, 2 (3), 105-127.
- Rizo, M. (2009, noviembre). Pragmatismo, sociología fenomenológica y comunicología: acción y comunicación en William James y Alfred Schütz (47 párrafos). Razón y Palabra (En Red). Disponible en: www.razonypalabra.org.mx
- Rossi, G. (2007). Acompañamiento Terapéutico: Lo Cotidiano, Las Redes y Sus Interlocutores. Buenos Aires: Polemos.
- Rubí, L. (2002). “El lazo social: la función de testigo desde el acompañamiento terapéutico en las psicosis”. Pulsional, Revista de Psicanálise, 15 (162), 23-27.

- Sáliche, S. (2004, abril). ¿Qué es ser acompañante terapéutico? (16 párrafos).
Revista de Profesionales de la Red Asistencial de Buenos Aires (En Red).
Disponible en: www.redba.com.ar
- Schneeroff, S. & Edelstein, S. (2005). Manual Didáctico Sobre Acompañamiento Terapéutico: Introducción a Técnicas y Estrategias de Abordaje Clínico. Buenos Aires: Akadia.
- Sechehaye, M. (2008). La Realización Simbólica y Diario de una Esquizofrénica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wicklund, R. & Gollwitzer, P. (1982). Symbolic Self- Completion. New Jersey: Cambridge University.