

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Acompañamiento Terapéutico en Pacientes Psiquiátricos”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

KAREN MONSERRATH PEÑA SOLIS

&

JENIFFER VITE SANCHEZ

Directora de tesis:

Dra. Claudia Lucy Saucedo Ramos

*Vo Bo
Claudia Saucedo Ramos*

Comité:

Asesor: Mtra. Claudia Elisa Canto Maya

Asesor: Dra. Irma de Lourdes Alarcón Delgado



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

Introducción	3
Objetivo del proyecto	10
Metodología	10
Capítulo 1: Breve historia de la Psiquiatría	12
1.1 Surgimiento de la psiquiatría	12
1.2 Breve historia de la Psiquiatría en México	17
1.3 Estado actual de la psiquiatría en México	21
1.4 Concepción actual del padecimiento psiquiátrico	26
Capítulo 2: El movimiento anti psiquiátrico	28
2.1 Antecedentes del movimiento anti psiquiátrico	28
2.2 Surgimiento del movimiento anti psiquiátrico	29
2.3 El Movimiento anti psiquiátrico en México	35
Capítulo 3: Acompañamiento terapéutico	39
3.1 Historia del acompañamiento terapéutico	39
3.2 Profesionales involucrados en el acompañamiento terapéutico	41
3.3 El papel de psicólogo dentro del acompañamiento terapéutico	44
3.4 La metodología del acompañamiento terapéutico	45
3.5 El acompañamiento terapéutico VS el tratamiento psiquiátrico tradicional (Ventajas y desventajas)	47
Cap. 4 La experiencia de un psicólogo como acompañante terapéutico	52
4.1 Elementos de la formación para convertirse en acompañante terapéutico	52
4.2.1 Derechos del paciente en acompañamiento:	55
4.2.2 ¿Quién solicita el servicio de acompañamiento?	56
4.3 Espacios sociales en los que es posible llevar a cabo el Acompañamiento Terapéutico	58
4.4 Diferencias entre un paciente que puede recibir Acompañamiento Terapéutico y uno que debe permanecer institucionalizado	60
4.5 Aspectos formativos en el acompañamiento terapéutico: las partes positivas y las partes de impacto emocional negativo	61
4.6 Sugerencias para que los psicólogos se formen como AT	64
Conclusiones	67
Referencias bibliográficas	71
ANEXO I	77

Introducción

La psicología es una ciencia que se encuentra en un campo muy extenso de aplicaciones y en la presente tesis queremos analizar algunos vínculos que tiene con la psiquiatría, principalmente a partir de lo que se denomina “acompañamiento terapéutico”. Hay que recordar que la Psiquiatría surge de un enfoque biológico, que en sus inicios fue muy criticada por sus métodos de rehabilitación para las personas que eran consideradas “enfermas mentalmente”.

De hecho, el término “enfermo mental” anteriormente hacía referencia a una persona que tenía que estar distanciada y aislada del resto de la comunidad, vista como un ente extraño e incluso monstruoso. Otra de las críticas que se conocen para el manejo de pacientes psiquiátricos fue el catalogar y etiquetar a las personas mediante manuales como el DSM y el CIE, que si bien podríamos analizar muchas personas encajarían dentro de los estándares que se marcan en dichos manuales, para ser considerado como una persona con algún trastorno, no por ello dejan de ser estándares que posicionan a los individuos en conceptos negativos socialmente hablando.

Entonces ¿Qué pasa cuando alguna persona es diagnosticada con un trastorno mental grave? Se le interna en alguna institución psiquiátrica, donde se le evalúa, diagnostica, se hace un plan de rehabilitación y se le proporcionan ciertas dosis de psicofármacos de acuerdo al caso. Pero ¿Qué sucede si el paciente es dado de alta? ¿Los familiares o tutores pueden convivir y hacerse cargo? ¿El propio paciente puede reinsertarse de manera exitosa en su entorno? Estas son solo algunas preguntas que podríamos reflexionar.

Cabe mencionar que no estamos menospreciando la labor del Psiquiatra, al contrario, mantenemos la idea que habrá una mayor eficacia en el tratamiento y rehabilitación si se mantiene un trabajo interdisciplinario con el paciente.

En este sentido, el psicólogo tendría que tomar en cuenta no solo el componente biológico, sino el social, es decir dónde se desarrolla el paciente, su familia, edad, condiciones, deseos, y a partir de esto adaptar el tratamiento de acuerdo con las necesidades del mismo.

Aquí entra la labor del Acompañamiento terapéutico (AT) el cual desde su origen en la década de los 60 se lleva a cabo como una forma de tratar con las llamadas “enfermedades mentales”. Anterior a esta fecha, quienes se encargaban de este tema eran los psiquiatras en los hospitales, pero al darse cuenta de que no dejaba los resultados esperados, otras ciencias como la psicología, la sociología, se empezaron a involucrar en el campo.

Es interesante plantear el tema del AT, ya que el internar a un paciente en una Institución Psiquiátrica no parecía resolver y ser eficaz del todo, por lo que se plantea realizar una generalización del tratamiento en su ambiente cotidiano, intentando reinsertarlo en la sociedad, así como crear conciencia y cambiar el perjuicio de que un paciente psiquiátrico siempre debería mantenerse alejado de la comunidad. Por supuesto, hay que tener en cuenta las limitaciones de esta propuesta, ya que el AT siempre deberá ser individualizado, pues a pesar de que dos personas compartan el mismo trastorno mental grave, hay la posibilidad de que los mismos métodos utilizados no sean eficaces en los dos casos.

Un adecuado trabajo interdisciplinario con el AT podría reducir los costos en la Salud Mental en México, mejorar las relaciones interpersonales con la familia del paciente y su entorno, y en la comunidad disminuir el estigma de una “institucionalización permanente” al paciente psiquiátrico como única forma de tratamiento.

Es por lo anterior, que consideramos pertinente abarcar los siguientes subtemas dentro de nuestro trabajo, con el fin de llenar esas lagunas que en investigaciones pasadas se han quedado y generar una propuesta de intervención. En el capítulo 1, llamado “Breve historia de la psiquiatría” nos enfocaremos a conocer los orígenes de la denominación de trastorno psiquiátrico, así como algunos de ellos que, se ha visto en diversas investigaciones, requieren de acompañamiento terapéutico, también comenzaremos a relatar a la psiquiatría desde la

visión mexicana, cuáles fueron sus orígenes, como es que llegó a nosotros y por último, la concepción que se tiene actualmente sobre la misma y sobre el trastorno psiquiátrico, En el capítulo 2, “El movimiento anti psiquiátrico”, hablaremos un poco acerca de cómo surgió el movimiento que se contrapuso a la psiquiatría, ¿Qué bases tuvo?, ¿Quiénes fueron sus simpatizantes” y como tuvo cabida en México.

Para el capítulo 3, “Acompañamiento terapéutico”, comenzaremos con sus orígenes, quienes fueron los profesionales involucrados, cómo se ha desarrollado su metodología y uno de los puntos más importantes para nosotros, el papel del psicólogo dentro de este nuevo tratamiento. Por último, cerraremos el capítulo mostrando ventajas y desventajas del mismo. Posteriormente, en el capítulo 4 “La experiencia de un psicólogo como acompañante terapéutico”, mostraremos una serie de preguntas que fueron realizadas a un profesional de la salud que se ha desarrollado dentro del ámbito y que nos fueron de mucha utilidad al momento de armar cada parte de esta tesis.

Daremos fin a esta tesis con una serie de conclusiones realizadas a partir de toda la investigación que se ha realizado.

Antecedentes y justificación del tema

A continuación, se rescatarán algunos datos sobre el origen del Acompañamiento Terapéutico y cómo ha sido su evolución a lo largo de los años. A partir de que en la Segunda Guerra Mundial se comenzaron a utilizar sistemas abiertos como alternativas ante la internación psiquiátrica, se elaboraron tratamientos en los que se intentaba conservar la inserción social y productiva del paciente (Scheneeroff y Edelstein, 2004).

Evaristo (2000, citado en Mauro, 2015) indica que, a consecuencia de la enorme cantidad de personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos luego de la guerra, fue cuando se comenzó a cuestionar su función terapéutica. Así, a finales de 1940 se inicia una reforma psiquiátrica en la cual se empezó a contemplar la dimensión cultural, social y subjetiva de la enfermedad mental, tomando a consideración los derechos humanos de los pacientes, intentando eliminar

el modelo de “aislar” para poder construir centros en los cuales se pudieran atender a los pacientes fuera del hospital y tuvieran un contacto con la comunidad.

Es en Buenos Aires, Argentina (1957) por parte del Dr. Mauricio Goldenberg quien crea un Servicio de Psiquiatría en un Hospital General, que representó una forma distinta del concepto de “aislar” al paciente, inaugurando un servicio a la comunidad, la integración de un equipo interdisciplinario y la implementación de dispositivos alternativos de tratamiento, como la Comunidad Terapéutica y el Hospital de día (Scheneeroff y Edelstein, 2004).

Respecto al Hospital de día (HDD), el cual surgió como propuesta en 1947 por Even Cameron, se implantaron los objetivos de resocialización y la rehabilitación, como un modo de respuesta institucional a la demanda social de la asistencia de la enfermedad psiquiátrica. En los HDD se realizaban diversas actividades, por ejemplo, talleres, tareas manuales o educativas, pintura, etc.

Retomando al movimiento anti psiquiátrico, en los años 60, David Cooper, defiende los derechos de las personas que eran consideradas enfermas mentales. Este movimiento es considerado una oposición hacia la psiquiatría institucional (Cea y Castillo, 2016). Asimismo, el Dr. Cooper en 1967 creó una pequeña unidad dentro del hospital psiquiátrico cercano a Londres, a la cual llamó Villa 21, y su objetivo se basó en trasladar pacientes, en su mayoría esquizofrénicos, todos de joven edad, buscando que funcionara independientemente al hospital. Lo que se logró fue un medio terapéutico óptimo, puesto que los roles de “paciente” no se encontraban tan marcados. Villa 21 renovó trabajando con un nuevo enfoque, buscando acortar la distancia paciente-personal, apostando a un trato más humanizado. El proyecto tuvo una duración de 4 años y logró formar una nueva expectativa de abordar al paciente psiquiátrico (Crosara, 2015).

Posterior al movimiento anti psiquiátrico, se comenzaron a hacer modificaciones en los tratamientos brindados por los hospitales psiquiátricos, es decir, se buscó el reordenamiento de la psiquiatría y se empezaron a utilizar fundamentos humanistas y psicoanalíticos para

idear nuevos tratamientos que tuvieran un enfoque psicosocial y comunitario (Cea y Castillo, 2016).

En Paris, 1969, la psicoanalista belga Maud Mannoni fundó la Escuela Experimental la cual, según Crosara (2015), sigue en funcionamiento actualmente, ofreciendo servicios a niños y jóvenes psicóticos y autistas, con la insignia de un contacto con el “afuera” para así, de alguna forma, evitar el aislamiento. Esta institución no se adhiere a actividades, horarios, roles rígidos, permitiendo un rango de flexibilidad, la cual resulta beneficiosa para el tratamiento con los pacientes; de modo que estos generan un espacio propio, iniciativa de sus metas, deseos y de su palabra, evitando que carguen la etiquetación de un diagnóstico psiquiátrico.

Scheneeroff y Edelstein (2004) mencionan que el comienzo de la práctica de Acompañamiento Terapéutico comenzó en los 70's como alternativa a la internación psiquiátrica, puesto que algunas familias con recursos económicos altos que, por prejuicios querían ocultar que alguno de sus familiares estaba internado, tenían “internaciones” domiciliarias.

Aunado a lo anterior, en 1978 el italiano Franco Basaglia, impulsa la Ley 180, en la cual se decretaba un cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos en Italia, así como la suspensión de los electroshocks y medidas de contención física. Gracias a esta Ley se crearon varios centros de salud mental en los que se atendieron pacientes ambulatoriamente, realizándose también asistencia domiciliaria, logrando así, a nivel económico, un costo sustancialmente menor. Aquí también se apostó a que el paciente tuviese un contacto permanente con el “afuera” para que lograra construir vínculos sociales y elementos de su propia personalidad. Esta Ley 180 fue la primera en el mundo en lograr una nueva concepción de pensamiento y abordaje terapéutico de los pacientes con trastornos mentales graves (Crosara, 2015).

A lo largo de los años el Acompañamiento Terapéutico ha ido evolucionando y actualmente investigadores como Goffman (2001, citado en Cea y Castillo 2016) destacan como problemática de salud mental que aún existen hospitales psiquiátricos que propician el distanciamiento social del individuo incrementando el deterioro de su enfermedad. Habremos

de recordar que el movimiento antipsiquiátrico estaba en contra de diversos métodos, es decir, los fármacos excesivos y el aislamiento. Y, lo más importante, perseguía un objetivo: Devolver a los usuarios su derecho como ciudadanos mediante dos medidas: 1) que no fueran internados sin consentimiento y, 2) no ser sometidos al abuso en el consumo de fármacos.

Existe un planteamiento avalado por algunos autores, como Laing (2011), el cual menciona que los trastornos psiquiátricos son derivados de la manera en la que el sujeto se adapta a su medio y no de algún problema orgánico. Bajo esta premisa, se dice que, si la enfermedad tiene un origen en el ámbito familiar y social, la terapia debe darse en ese mismo contexto. Planteamiento que seguramente se vincula con el movimiento anti psiquiátrico, ya que este tiene su base en una crítica hacia la represión que representa el hospital psiquiátrico (Pastor y Ovejero, 2009).

Es entonces donde se deriva el apoyo del psicólogo, visto como un “cuidador” de la salud. Aquí yace la justificación de la inserción del psicólogo como acompañante terapéutico en un campo psiquiátrico. Si bien sabemos que la Psicología nace como ciencia para la comprensión de la conducta humana y los procesos cognitivos que permiten el funcionamiento completo del hombre, a través del desarrollo del conocimiento en esta área, la psicología lentamente se acopla a un número extenso de campos, siendo el cuidado de la salud uno de lo más prominentes. Las guerras, sus víctimas y soldados se convierten en una primera extensión masiva del uso de psicólogos en el campo que anteriormente estaría únicamente reservado para los psiquiatras (Molina 2016).

Para que podamos entender mejor el papel de cada profesión, es importante marcar una diferencia fundamental. El papel del psiquiatra dentro del hospital se centra en estudiar, evaluar, diagnosticar y tratar las alteraciones mentales, basándose en la terapia, pero también principalmente en el uso de fármacos. Por otro lado, el psicólogo, en especial el psicólogo clínico, comprende la psicopatología desde el paradigma global, es decir, en su componente biológico, psicológico, social y moral. Lo anterior quiere decir que como psicólogos somos capaces de comprender la alteración de una manera más holística, la cual nos permite idear tratamientos que se adapten a las necesidades y circunstancias del paciente (Molina, 2016).

Cabe destacar que la intervención del psicólogo no se enfoca únicamente en quién padece los síntomas, sino también en la familia, ya que son las personas que se encuentran involucradas en su rehabilitación.

Entonces, ¿Qué papel tiene el psicólogo donde la medicina parece ser la opción más viable? Bueno, primero debemos tener en cuenta que el entrenamiento del psicólogo va desde la evaluación hasta la intervención y seguimiento. Siguiendo con esta misma línea, Piña (2010) nos dice que el psicólogo debe verse como un profesional capacitado para cumplir cinco funciones: evaluación, planeación, prevención, intervención e investigación.

La evaluación se puede comenzar con la entrevista, la técnica más utilizada para recabar información y con las pruebas psicométricas. Así que, basándonos en lo anterior, el psicólogo puede ser un apoyo desde el proceso evaluativo (Molina 2016).

Para la fase de intervención podemos decir que los medicamentos alivian el malestar o disminuyen la prevalencia de las conductas desadaptativas, sin embargo, eso no lo es todo, se necesita de un acompañamiento, un asesoramiento que ayude al paciente y a los familiares a reinsertarse en la cotidianidad de la vida. Además, brinda herramientas para que los pacientes puedan mejorar su calidad de vida (Molina, 2016).

Crosara (2015) concuerda con lo anterior al mencionar que actualmente los tratamientos de psicofármacos con un abordaje terapéutico psicosocial han obtenido mayor eficacia, además de la prevención de recaídas y una mejor evolución del paciente. Hablando en específico de la esquizofrenia, es de vital importancia no reducir la intervención de rehabilitación a la individualidad del paciente, sino que se recomienda una extensión a su entorno, para lograr abordar la situación en su totalidad y que la intervención logre una generalización.

El acompañamiento terapéutico se establece entonces como una estrategia más en el marco del proceso de rehabilitación del paciente. Debiendo contar, a su vez, con una instancia de supervisión y accionar de forma articulada con las actividades de la vida diaria de la persona (Crosara, 2015).

Por lo tanto, estamos hablando de abarcar al paciente y su cuidador para un acompañamiento psicológico exitoso. Reafirmando lo anterior, un estudio de Bernal (2018) presentó a la psicoterapia sistémica y su participación en casos con familiares cuidadores de personas con diagnóstico psiquiátrico, donde pone en evidencia que cuidar a personas con demencia produce un alto nivel de estrés que afecta la salud mental y física del cuidador.

En resumen, la terapia con enfoque sistémico implicaría un aporte al bienestar psicológico de todo el sistema familiar, transformando la idea del cuidador, de tener una labor obligada al paciente y mejorar las relaciones personales entre paciente-cuidador, así como una interacción social más armoniosa con su entorno donde se desenvuelve el paciente.

Aunado a lo anterior el objetivo de nuestra investigación es:

Objetivo del proyecto

1. Rastrear en el campo de análisis de diversas disciplinas de la salud y fuentes de información los orígenes y la relevancia del acompañamiento terapéutico en pacientes psiquiátricos, con la finalidad de ofrecer un marco conceptual y metodológico para los profesionales de la psicología.

Metodología

El proceso de investigación, de acuerdo con Morales (2003), forma parte de una construcción de conocimientos, de descubrimiento y de explicación de la realidad que tal vez se desconocía. Utilizaremos la investigación documental que, como menciona Alfonso (1995, en Morales, 2003), es un procedimiento científico de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información. Y, al igual que todo método científico, conduce a la construcción de conocimientos. Para ello haremos uso de diversas fuentes de información como son, revistas, artículos, libros y entrevista.

Siguiendo esta misma línea, Solís (2003, citado en Peña y Pirela, 2007) la define como la selección de ideas relevantes de algunos documentos, a fin de expresar el contenido más importante y generar nuevas ideas.

Una de las características principales de este tipo de investigación es la utilización de documentos como fuente primaria para la recolección de datos, aunque también se vale del testimonio de personas y la opinión de especialistas. Con lo anterior podemos decir que el conocimiento se va construyendo a través de la lectura, el análisis, la reflexión y la interpretación de los documentos (Morales, 2003). De la mano de la lectura va la escritura, es el medio por el cual se comparte lo que se ha leído.

Como toda investigación, la documental sigue una serie de pasos para llegar al resultado exitoso; pero, cabe destacar, que no es necesario que se sigan tal cual, ya que todo depende de las habilidades del investigador, Alfonso (1995, citado en Morales 2003) indica que los pasos a seguir son los siguientes:

1. Selección y delimitación del tema
2. Acopio de información
3. Organización de los datos
4. Análisis de datos
5. Redacción del informe final

Como investigadoras, hemos elegido dicha metodología ya que, como menciona Vickery (1970, en Peña y Pirela, 2007), responde a tres necesidades informativas: 1) conocer lo que otros investigadores han investigado del campo en específico, 2) conocer el seguimiento que se le ha dado a la investigación y, 3) conocer la totalidad de información relevante que exista del tema. Y, una vez que se ha recabado la información necesaria, es cuando se da la posibilidad de aportar, de realizar alguna propuesta de mejora.

“La comprensión definitiva de la enfermedad mental es solo un sueño de la razón positivista” -Emiliano Galende.

Capítulo 1: Breve historia de la Psiquiatría

1.1 Surgimiento de la psiquiatría

El surgimiento de la Psiquiatría es tan extenso, que podría remontar desde las primeras civilizaciones Mesopotámicas, donde las culturas tenían una concepción sobrenatural de la enfermedad, ésta hacía referencia a un castigo divino impuesto por entes diabólicos tras la ruptura o incumplimiento de algún tabú. Incluso en el Antiguo Egipto en antiguos tratados médicos como el “Papiro Edwin Smith” y “Papiro Ebers” ya se encontraban capítulos destinados para los desórdenes mentales, como la depresión y la demencia.

Entre los Aztecas se planteaba un modelo médico de la locura: Tlazoltéotl es la madre tierra, diosa de la fecundidad, pero también la diosa de la enfermedad y de los trastornos mentales, según el cual, la diosa se adueñaba del alma del hombre, provocando convulsiones o la locura (Manual del Residente en Psiquiatría, 2009).

Todas estas concepciones de las enfermedades mentales eran interpretadas de manera mágico-animista. Se puede decir que el origen del conocimiento médico de las enfermedades mentales lo encontramos en Grecia, pero no sólo el que tiene base en lo científico, sino también el que surge del conocimiento popular. La medicina griega es la iniciadora en intentar estudiar las enfermedades mentales desde un enfoque más científico, un claro ejemplo es: “La escuela Hipocrática” con el uso terapéutico de los fenómenos oníricos (González, 2000).

Hipócrates (460-370 a. C.) Padre de la Medicina, con su teoría de los cuatro humores, también ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue pionero en describir

y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria, de acuerdo a su época (Manual del Residente en Psiquiatría, 2009). Bajo esta línea, los romanos como Aulo Cornelio Celso (25 a. C.-50 d. C.) y Areteo de Capadocia (50-130 d. C.) hicieron descripciones similares relacionadas a las enfermedades mentales.

Como se puede observar, la intención de buscar un método para la salud fue propio de cada época y cultura, siendo un determinante importante para la comprensión de las enfermedades mentales. Es por eso que en este primer subtema hablaremos del surgimiento de la psiquiatría en Europa ya que, como veremos más adelante, el modelo europeo fue el que México adoptó para desarrollar la asistencia psiquiátrica.

Desde sus comienzos, la práctica psiquiátrica se encontraba basada en una práctica moral, esto se debía a que aún no se encontraba causa física de la locura y sin ella la locura era considerada un problema espiritual o moral (Marín, 1999).

En la época del Renacimiento (1453-1600) la brujería y las posesiones demoníacas eran tomadas para explicar las enfermedades mentales, y el tratamiento se basaba básicamente en la tortura y cremación del enfermo, para poder liberar su alma.

Así mismo, en este período nace la Primera revolución psiquiátrica, con la creación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409, por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré. Posteriormente, desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco centros similares y en 1567 se formó el primer centro mental en el nuevo mundo (México) el cual abordaremos más adelante (Manual del Residente en Psiquiatría, 2009).

Fue a partir del siglo XVI cuando se intentó situar dentro de la medicina los trastornos psicopatológicos. En este tiempo a nivel popular los casos más comunes eran el mal de ojo, el tarantismo (fenómeno histérico convulsivo) y posesión diabólica, que por la época tenían una explicación mítica, es decir, eran producto del mal, de la brujería y de la hechicería. Se comienza a desarrollar el tratamiento de la locura por medio de la reclusión, se sabía que era

una violación a los derechos, ya que significaba privar de su libertad a la persona, pero siempre se tuvo algo en mente: “había que proteger a la sociedad del loco, pero el loco, como ciudadano, debía ser protegido de la sociedad.” (González, 2000: 129).

Evidentemente, en la actualidad el término “loco” suena como insulto ya que usamos otras denominaciones, pero en la fecha a la que nos referimos el término que se usaba para nombrar a las personas era despectivo.

Es así como se desarrolla una nueva pedagogía, en donde se identificó al loco como enfermo y se desarrolló la idea de un tratamiento ya fuera en casa o en algún establecimiento específico. Cabe destacar que este proyecto surgió con el debate sobre la reinserción social de las personas catalogadas como criminales o salvajes (González, 2000).

Posteriormente, en la Ilustración (1740-1800), en 1656 un decreto publicado por la autoridad del gobierno francés estableció asilos para “insanos” donde se encerraban enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, con tratamientos eméticos, purgantes, sangrías y torturas (Manual del Residente en Psiquiatría, 2009).

Para el año de 1800 en Francia surge la psiquiatría científica, y el médico francés Philippe Pinel (1745-1826), personaje que adquirió relevancia por dedicarse al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, estableció su primera clasificación de las enfermedades mentales y las consideró como un desarreglo de las facultades cerebrales. Pinel es considerado como padre del “tratamiento moral” y “liberador” de los locos, también se le relaciona con el origen de la Terapia Ocupacional.

Sanjurjo y De Paz (2013) mencionan que el primer contacto de Pinel con la enfermedad mental se dio en París 1783, cuando un amigo suyo se suicidó, por tal motivo Pinel comienza a interesarse profundamente por el tratamiento de la locura y el uso terapéutico de la ocupación. Para el año de 1788 se presentó a la Real Sociedad de Medicina con el texto: “Distinciones sobre las diversas especies de manía y los medios de dirigir el tratamiento” que tomaría como base para la sección IV del “Tratado”. Así mismo, Pinel sería el encargado de

llevar a cabo las reformas presentadas en el período 1791-1793 y ejercer en Bicêtre, posteriormente en La Salpêtrière.

“...es interesante recordar que, si Pinel tuvo la gloria de quitar en 1791 las cadenas que sujetaban a los dementes encerrados en Bicêtre, doscientos años antes en México, Bernardino Álvarez había fundado el Hospital de San Hipólito, donde los locos eran cuidados con esmero” (Fernández del Castillo, 1959 en Sacristán, 2005: 15)

En el siglo XIX, nace el degeneracionismo, pero fue hasta 1980 que alcanzaría su mayor auge en Europa. Esta teoría se desarrolló debido a que los estudiosos del tema se vieron ante la necesidad de explicar la enfermedad mental desde un enfoque clínico, es decir, desde una mirada que fuera creíble para la sociedad científica. Cabe destacar que esta teoría omitía el papel de la sociedad en el desarrollo de las patologías.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, en Europa se empieza a aceptar la teoría del degeneracionismo como una explicación de la enfermedad mental.

Durante este tiempo se tuvieron también casos en donde se justificaron conductas homicidas con la patología mental, por ejemplo, el caso de Garayo, hombre acusado de 6 asesinatos con violación; al final su sentencia fue ser recluido en el manicomio ya que se argumentó una enfermedad mental (Marín, 1999).

Otro avance de la psiquiatría durante el siglo XIX fue la adquisición de un modelo llamado anátomo-clínico. Sus bases eran: a) la locura puede ser observada y descrita en condiciones similares a los otros objetos de las ciencias, b) existe un conocimiento racional de la locura y, c) por medio del análisis de la locura se puede obtener un conocimiento objetivo del hombre (Galende, 1983).

Pero esto no fue suficiente ya que, de acuerdo con Ricardo Campos (1998), el degeneracionismo fue más utilizado en el ambiente jurídico que en el clínico, es por ello por lo que los primeros estudios de las enfermedades mentales se dieron a través de la frenopatología, la cual fue una rama que surgió de la medicina; en ella se concebía a la enfermedad mental como una manifestación patológica del cerebro.

Los primeros que se dedicaron al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales eran partidarios de que el aislamiento del enfermo en la institución terapéutica era mejor para recuperar la salud (Marín, 1999).

Para 1910 se funda la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona y entonces se da un vuelco en la psiquiatría, ya que se aceptó que el manicomio como institución terapéutica había fracasado debido a que se había convertido en un simple depósito de enfermos (Marín, 1999).

Cabe destacar que a finales del siglo XIX y principios del XX aparece una corriente de corte clínico y organicista ideada por Kraepelin y su actividad más reconocida era la disección de las diferentes especies psicopatológicas; él hace hincapié en la psicosis y en los trastornos mentales orgánicos. Lo que quería lograr Kraepelin era la delimitación perfecta de lo psicopatológico. Para todo esto, Kraepelin desarrolla un análisis diacrónico, que ayuda a diferenciar entre los síntomas que se presentan sólo una vez y aquellos que estarán por un largo tiempo, lo que claramente permite una mejor clasificación de la enfermedad (González, 2000).

Otro importante avance del siglo XIX es que se desarrolló la estadística sanitaria. Conocer el dato de cuántos eran los considerados enfermos mentales provocó que se escribiera sobre la relación entre los trastornos mentales y el proceso de civilización de aquella época. Y los dos primeros estudios modernos sobre la psiquiatría se enfocaron en el suicidio.

El detalle de estos primeros años de psiquiatría científica es que los modelos que se utilizaban excluían o minimizaban las variables sociales y culturales. Cabe destacar que esto sólo ocurría en Europa, en Estados Unidos de América (EUA) era diferente pues la sociología empírica tuvo siempre mucha relación con la psiquiatría.

Sin embargo, la opinión de Galende (1983) nos dice que la práctica de la psiquiatría por parte del médico no es más que una forma de ejercer violencia, una violencia disfrazada de tratamiento que comienza con la reclusión de la persona enferma y termina con la pérdida de

los derechos cívicos y legales de la persona hasta que quien está en el poder dicte que puede volver a la normalidad.

1.2 Breve historia de la Psiquiatría en México

Desde los inicios de la civilización en México, cuando se encontraban en desarrollo las culturas prehispánicas, los seres humanos ya sufrían enfermedades, desde las infecciosas hasta las mentales que producen cambios en la conducta. Sin embargo, al no tener las bases científicas que se tienen hoy día se creía que las enfermedades eran derivadas de una cólera divina, es decir, de un castigo. También se ha encontrado evidencia en algunos escritos de palabras que al traducirlas revocan a lo siguiente: locura, melancolía y delirio (Bustos, 1993).

La salud mental tiene sus inicios en el siglo XX junto con el México que se iba encaminando a la Revolución, esta tiene influencia tanto de teorías europeas como norteamericanas. No obstante, se dice que la psiquiatría en México tuvo un comienzo religioso, ya que estaba a cargo de las órdenes cristianas que arribaron. La psiquiatría comienza a ejercerse en Hospitales Psiquiátricos, los primeros son: el de San Hipólito, para hombres y que fue creado por Fray Bernardino Álvarez, y el Hospital para mujeres del Divino Salvador, fundados entre 1500 y 1700 (González, et al., 2014).

Otro punto importante es el papel que tuvo la inquisición durante las primeras manifestaciones de las enfermedades mentales ya que, como sabemos, las personas con problemas mentales eran confundidas con herejes, torturados y pagaban con la muerte.

La influencia que tuvo la iglesia en estos primeros años fue de suma importancia, por ejemplo, en el Hospital de San Hipólito, del que se habla más adelante, como parte del tratamiento los enfermos asistían a misa, rezaban y realizaban penitencia para limpiar sus pecados. Fue hasta el siglo XVIII cuando la iglesia comenzó a aceptar que había una causa natural (biológica) en las enfermedades

De antemano se sabe que la creación de los hospitales no tenía como objetivo el apoyar a las personas con alguna enfermedad, sino establecer cierto control en la deambulaci3n de dichas personas por las calles (Sacristán, 2005).

El hospital de San Hipólito en la ciudad de México se estableció en 1567 siendo «el primer manicomio de América», el cual pasó a la historia como un hospital especializado en la atención de los enfermos mentales. Este fue fundado por Bernardino Álvarez quien llegó a la Nueva España en 1534 cuando tenía 20 años, asistiendo como enfermero en el Hospital del Marqués del Valle en la Ciudad de México, donde pudo percatarse de la cantidad de enfermos que, sin estar plenamente restablecidos, debían abandonar el hospital para dejar su lugar a otros. Fue así como, con el apoyo del Ayuntamiento y del Arzobispado, fundó el “Hospital de San Hipólito de convalecientes y desamparados” para recibir a los convalecientes, los ancianos y los locos. Con el tiempo logró levantar una red hospitalaria que unió el Atlántico con el Pacífico a través de siete hospitales repartidos en las principales ciudades del camino México-Veracruz y México-Acapulco, los dos puertos de entrada a la Nueva España (Sacristán, 2005).

El segundo en 1687, “Hospital para mujeres del Divino Salvador”, creado por José Sáyago, carpintero que vivía en la Ciudad de México, quien comenzó a albergar en su casa a varias mujeres que padecían algún tipo de demencia, y posteriormente fue apoyado por el gobierno para la creación del primer hospital dedicado a mujeres.

Después de años de existencia de los dos hospitales, Porfirio Díaz decidió inaugurar el primero de septiembre del 1910 el Manicomio General, llamado también “Manicomio de la Castañeda”, debido a que se construyó en la antigua “Hacienda de la Castañeda”. Este hospital se rigió por nuevas políticas con el fin de mejorar la atención y recuperación de los internos. Algunas de las políticas fueron: a) la clasificación de los internos se hacía de acuerdo a las características de cada uno, es decir, se pacientes escogían similares, b) la separación de grupos se regía por pabellones y, c) debía ser construido a las afueras de la ciudad para evitar la sensación de encierro.

Este hospital no contaba con políticas “adecuadas” para tratar la salud mental, nos referimos a que lejos de promover la mejora de estos pacientes se buscaba su aislamiento. Fue a partir

de entonces surgen instituciones dedicadas a atender los enfermos psiquiátricos por iniciativa de las autoridades federales.

Sabemos que en un principio la psiquiatría presentaba muchas más áreas de mejora que en la actualidad, a pesar de lo cual en la voz colectiva se decía que para lo único que servían los manicomios eran para tener vigiladas y recluidas a las personas que presentaban algún trastorno, además debido a que se trataba de un área nueva existía cierta ignorancia, temor y prejuicios en la sociedad, lo que generaba también que los recursos destinados a la salud se emplearan en otras cosas (Sacristán, 2005).

Debido a lo anterior, en 1959 apareció la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como un primer esfuerzo de aplicar de manera coordinada los recursos generando nuevos programas de atención, entre estos se encontraba “Servicios de Higiene Mental” en los Centros de la CDMX pretendiendo ofrecer programas preventivos y de contacto primario, los cuales contaban con un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social. En estos centros se atienden en consulta externa a las personas afectadas por trastornos psiquiátricos intentando, asimismo, vincular a la comunidad (Benassini, 2001).

Para el año de 1964 había 33 servicios de consulta psiquiátrica externa, siete de ellos del IMSS y 7 de los gobiernos locales, 24 hospitales psiquiátricos públicos en todo el país. En total se contaban con 6251 camas para la hospitalización de los enfermos, 4040 se encontraban en la CDMX. Nacen así en 1967 los hospitales psiquiátricos “Fray Bernardino Álvarez”, para adultos, y “Juan N. Navarro”, para niños y adolescentes, para sustituir al “Manicomio de la Castañeda” el cual se había clausurado. Se inicia la “Operación Castañeda” con el objetivo de modernizar y desconcentrar la atención especializada en los hospitales psiquiátricos federales del Estado de México e Hidalgo (Benassini, 2001).

El momento de mayor auge en cuanto a la cantidad de trabajos publicados bajo esta línea, según Sacristán (2005), fue en las décadas de 1960 y 1970 cuando México vivió el cierre de un ciclo y el inicio de otro en materia de asistencia a los enfermos mentales, pues tan solo en ese periodo se crearon más de once hospitales a lo largo del país, con el fin de clausurar el

viejo “Manicomio de La Castañeda”, que durante su larga existencia albergó a 60,000 pacientes, entre hombres, mujeres y niños. Para quienes se formaron y trabajaron en La Castañeda o promovieron su clausura, impulsaron el nuevo proyecto terapéutico.

En 1968, se crean las “Granjas para enfermos mentales”, con la finalidad de rehabilitar al paciente mediante oficios, lo que después llamamos “Terapia ocupacional” (González, et al., 2014). Este proyecto tuvo tal éxito que durante los años de 1945 y 1968 se crearon 11 granjas alrededor del país.

Pero a pesar del éxito obtenido, la Granja no se adecuó con el objetivo que se perseguía, ya que se buscaba mayor acercamiento con la sociedad y la granja parecía ser todo lo contrario. Implicaba un menor acercamiento al exterior ya que las personas que eran internadas ahí tenían los medios para generar su propio alimento, cosa que, en lugar de generar contacto con la sociedad, lo evitaba (Sacristán, 2005).

Recordemos que las innovaciones que se han hecho en México en la mayoría de las ramas son ideadas con base a los avances en los países más desarrollados, por ejemplo, los que se encuentran en el continente europeo. Pues el caso de la psiquiatría no fue la excepción, en Europa fue donde comenzó a desarrollarse el tratamiento a través del encierro, pero posteriormente se empezaron a idear nuevos tratamientos dependiendo de la enfermedad del paciente que, a largo plazo iban a favorecer la reinserción familiar, social y laboral, (Sacristán, 2005).

Aunado a lo anterior, después de la creación de las Granjas, en México se continuaba buscando una mejor calidad de vida en el paciente, así que también se idearon medidas que favorecieron el contacto de la familia con la institución.

Como ya se mencionó, la granja tenía como fin la terapia ocupacional, los enfermos podían leer en la biblioteca, escuchar música y jugar algún deporte; y, con el paso del tiempo, a algunos pacientes se les otorgaban permisos para salir de la misma. Además de lo anterior, también se practicaba la agricultura, algo de ganadería y oficios como la carpintería (Sacristán, 2005).

A partir del año de 1971 la Dirección se limita a la psiquiatría y a la salud mental, cambiando su nombre a: “Dirección General de Salud Mental”, concentrando los recursos económicos para operar a todos los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud en todo el país. En 1979 nace el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en sustitución del hasta entonces Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), con el objetivo de desarrollar la investigación científica en diversas áreas y la formación de recursos humanos especializados (Benassini, 2001).

A principios de los 80's se comienza a trabajar en la Organización de los servicios de salud en el país, se crean las Jefaturas de Servicios Coordinados en cada estado. Es en 1981 cuando la Dirección General de Salud Mental pierde recursos y se transforma en la Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación, en la cual se desarrolla la primera norma técnica para la prestación de servicios y una postura centrada en los derechos de los enfermos (Benassini, 2001).

En 1995 se considera conveniente reactivar la Dirección General de Salud Mental proponiendo un programa nacional de salud mental, pero no llega a concluirse. Posteriormente, un año después, se decide que La Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC vuelva a operar en forma autónoma, creando la coordinación de Salud Mental (Corsame, 1997 en Benassini, 2001), a partir de esto comienza un interés más profundo por mejorar los servicios en hospitales psiquiátricos exigiendo más recursos económicos al Gobierno Mexicano.

Para el año del 2012, el Sistema de Protección Social en Salud incluye la cobertura en prevención y hospitalización breve de personas con algunos problemas psiquiátricos.

1.3 Estado actual de la psiquiatría en México

A continuación, hablaremos brevemente de la condición de la psiquiatría actual en el país, para dar cuenta de cómo ha ido evolucionando la atención de la salud mental en las instituciones, así como sus objetivos. En el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud

Mental (2013-2018) del Gobierno Federal, menciona que uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección. Asimismo, 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida.

Según datos de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión “INCYTU” (2018), identifica el porcentaje de población y la edad de inicio de los trastornos mentales más comunes en México, que se presentan a continuación:

Tabla 1. La tabla muestra el porcentaje de población enferma y la edad de inicio de cada enfermedad.

Trastorno mental	Prevalencia	Edad de inicio (mediana)
Fobia específica	7.0 %	9
Dependencia al alcohol	3.4 %	29
Depresión	7.2 %	45
Fobia social	2.9 %	15
Trastorno de estrés postraumático	1.5 %	31
Agorafobia*1	1.0 %	21
Consumo perjudicial de alcohol	7.6 %	28
Trastorno de pánico	1.0 %	31
Trastorno negativista desafiante*2	2.7 %	11
Trastorno bipolar	1.9 %	23
Trastorno de ansiedad generalizada	0.9 %	47
Consumo perjudicial de drogas	7.8 %	20
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	4.5 %	17
Dependencia a las drogas	0.5 %	26

En concordancia con los datos anteriormente mencionados, podría resultarnos como un foco de alerta que el inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos, se desarrollan en las primeras décadas de vida de la población mexicana.

Tabla 1. *Trastornos mentales más comunes en el país.*

Cabe destacar que, existen otros padecimientos que son de mayor prevalencia en México y el mundo y no han sido mencionados en la tabla anterior. Por ejemplo, la esquizofrenia, que según datos del ISSSTE, es la cuarta causa de discapacidades atendidas. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), la prevalencia en México es de 0.7%, es decir, en nuestro país existen poco más de medio millón de personas con este padecimiento. Estudios actuales detallan que 10% de la población en México padece depresión, entre el 1% y 2% tienen esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo y el 15% ansiedad.

De igual manera, el Instituto Nacional de Mujeres indica que existen 4 padecimientos principales, los cuales son: esquizofrenia, depresión, obsesivo-compulsivo y alcoholismo, (OMS, 2005). Siendo la depresión la primera causa de atención psiquiátrica en México.



Figura 1. Muestra la prevalencia de la depresión en los estados de la República Mexicana por sexo.

Ahora bien, al revisar la suficiencia de recursos en la atención de la salud mental, un informe de la OMS de 2011 (como se citó en INCYTU, 2018) rescata que en México existen tan solo 10 profesionales calificados por cada 100,000 habitantes, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Ese mismo reporte

también destaca que además de insuficientes, estos recursos están mal distribuidos, como se muestra a continuación:

Gráfica 1. Número de Psiquiatras y Psicólogos en unidades medicas de la SSA por entidad federativa.

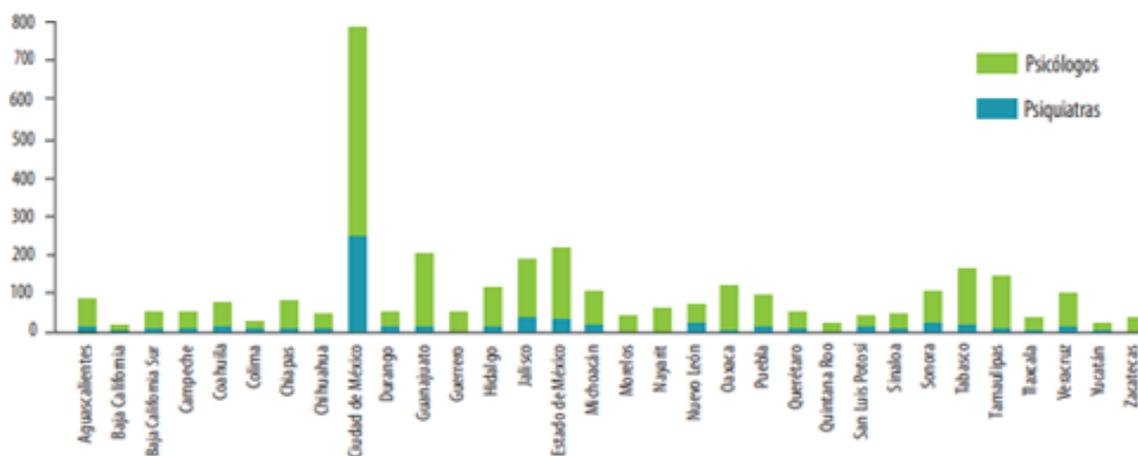


Figura 2. Muestra la distribución por entidad federativa de los psiquiatras y psicólogos en el país.

Al respecto, la INCYTU (2018) menciona como principal problema al desconocimiento de los manuales de diagnóstico psiquiátrico por parte de los médicos no psiquiatras, repercutiendo así en un diagnóstico erróneo y, por lo tanto, en un tratamiento inadecuado. En promedio, una persona con un trastorno mental visita cinco médicos antes de ver a un psiquiatra y, finalmente, son pocos los pacientes que son debidamente canalizados a los especialistas en salud mental.

Lo que nos lleva a preguntarnos ¿El Gobierno Federal ha tomado alguna medida o plan para mejorar las condiciones de la Salud Mental en el país? En el año 2006, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME) logró la “Declaración de México para la Reestructuración Psiquiátrica”. Dicha declaración tuvo como objetivo concebir una nueva forma para la atención en salud mental, con esto se establecieron Villas de Transición Hospitalaria en seis estados de la República Mexicana: Estado de México,

Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca; como una acción de protección a los derechos de las personas con discapacidad y para contribuir a su desarrollo integral e inclusión. Para el año del 2012 se logró el establecimiento de 42 Unidades Médicas Especializadas, Centro Integral de Salud Mental (UNEMES-CISAME) en 20 entidades federativas, para brindar atención con un modelo integral, cercano a la comunidad; promoviendo de esta manera la atención y detección oportuna, evitando tanto la concentración de la atención en hospitalización, como la institucionalización de los enfermos mentales, siendo este último uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo (PAE, 2013-2018).

Por lo tanto, desde el año 2013 se conmemora al 10 de octubre como el **Día Mundial de la Salud Mental** en México, con el fin de crear conciencia respecto de la salud, las enfermedades y los trastornos mentales. Además, se ha trabajado en un plan de acción elaborado por la OMS que tiene la finalidad de disminuir la brecha de atención y combatir la discriminación; podría decirse que actualmente nos encontramos con mayores herramientas para trabajar en el campo, ya que el enfoque ha trascendido, así como sus propósitos de buscar medidas eficaces para la salud mental.

Así mismo, el Gobierno Federal en su Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Mental (2013-2018) plantea cinco objetivos específicos a cumplir:

1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.
2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.
3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.
4. Coordinar la elaboración e instrumentar programas específicos de intervención en las unidades que conforman la red de servicios.
5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.

Finalmente, en 2017, la Secretaría de Salud destinó para la salud mental el 2% del presupuesto total asignado. Un 80% se emplea para mantener hospitales psiquiátricos y muy poco se destina a detección, prevención y rehabilitación; por lo tanto, la OMS ha recomendado que se invierta entre el 5 y el 10% del gasto en salud (INCYTU, 2018).

1.4 Concepción actual del padecimiento psiquiátrico

A lo largo de los años han existido muchas definiciones del trastorno psiquiátrico, cada una de ellas se ha creado con base en lo que se está viviendo en la sociedad y también a los avances que la ciencia va teniendo.

Durante los primeros años de investigación en el ramo, los trastornos psiquiátricos eran considerados castigos divinos y la única solución que se dio fue recluir a las personas que los padecían para que no afectaran el desarrollo de la sociedad. Posteriormente comenzaron a desarrollarse tratamientos, pero estos no eran del todo buenos, ya que incluían choques eléctricos, medicación en extremo, y otros actos que si los analizamos en estos momentos los consideramos tortura (García A. 2005).

Actualmente se ha visto un cambio significativo, comenzando con la definición que se le da al trastorno, ya no se ve como un rasgo malo o como un motivo para discriminar sino como una interacción entre la persona, su funcionamiento y su entorno; y, poco a poco, se ha luchado para que las personas que sufren algún tipo de trastorno no sean excluidas de la sociedad y así su reincorporación sea más fácil.

Benassini, O. (2001) nos dice en su artículo “La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI” que en la actualidad podemos hablar ya de un consenso acerca del trabajo que se realiza en esta rama de la salud, siendo un ejemplo de la evolución que se ha tenido a lo largo de los años tanto en los programas como en los servicios a la atención mental que se brindan en nuestro país. Y, que, además, el avance continuo ya que algunos de los temas que se tienen sobre la mesa para los años próximos son los siguientes: vigilancia de la prevalencia e impacto de los trastornos mentales, vinculación de programas de atención psiquiátrica con la

atención primaria a la salud, la modernización de la atención especializada y la importancia de tener alternativas de asistencia social para aquellas personas que presentan secuelas como consecuencia de los trastornos mentales.

Al hablar de la concepción actual del padecimiento psiquiátrico hablamos también de la concepción actual del tratamiento, ya que, si la primera ha evolucionado, lo que se espera es que la segunda también lo haya hecho. Sabemos que hoy en día para la intervención se siguen ciertos pasos, una vez que fuimos reconocidos como ciencia se nos permitió utilizar el método científico y guiándonos de este primero determinamos la existencia del trastorno psiquiátrico mediante una evaluación, esto comprende entrevistas, cuestionarios, pruebas y la mera observación, posteriormente se clasifica, dependiendo de la intensidad y los síntomas para, por último, brindar el tratamiento requerido.

Como podemos ver, ya no solo nos basamos en los rasgos físicos para determinar si alguien padece un trastorno, la evolución de la psicología como ciencia nos permitió alejarnos de los supuestos y nos ha permitido utilizar la ciencia y los métodos de ella para brindar un tratamiento eficaz a cada paciente.

Nosotros creemos que este ha sido el mayor y más importante avance y, además el ejemplo perfecto para demostrarnos que la percepción del trastorno mental ha cambiado a lo largo de los años.

“La enfermedad mental es la salida que el organismo libre, en su total unidad, inventa para poder vivir una situación no vivible” Jean Paul S.

Capítulo 2: El movimiento anti psiquiátrico

2.1 Antecedentes del movimiento anti psiquiátrico

Desde que Michel Foucault publicó en 1961 su texto “*Histoire de la folie à l’âge classique*” (Historia de la locura en la época clásica), se abrió un especial interés en los «espacios de la locura» ya que desarrolló una historiografía sobre la institucionalización de la marginación del enfermo mental, a la que no fueron ajenos los fenómenos contraculturales de los años sesenta y el propio movimiento anti psiquiátrico (Huertas, 2001).

Para Foucault, el núcleo de la antipsiquiatría era la lucha en contra de la institución psiquiátrica (Castillo y Cea, 2016). Como ejemplo de esta afirmación, Foucault (1975) en su texto “Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión” habla acerca de la “disciplina” haciendo un análisis de las formas de control de individuos en algunas instituciones como: hospitales, cuarteles, escuelas, etc., sitios que se asemejan a la prisión. Dichas instituciones están constituidas por un conjunto de reglamentos, procedimientos empíricos y reflexivos para “controlar” o “corregir” las operaciones del cuerpo; por lo tanto, la disciplina procede a la distribución de los individuos en un espacio determinado, empleando diversas técnicas para controlar el ¿dónde? y ¿cómo? encontrar a los individuos, y así tener el poder de vigilar la conducta de cada individuo y poder sancionarla según sea el caso. Foucault llamó a este fenómeno: “La regla de los emplazamientos funcionales” en la que se codifica un espacio en la arquitectura de la institución, fijando determinados lugares para responder no sólo a la necesidad de vigilar, o de romper comunicaciones peligrosas, sino también de crear un espacio útil.

También Laing (1969) habla respecto de las experiencias del denominado “enfermo mental” y de su familia, llama “A” a la estructura de experiencia y “B” al acontecimiento público. Cuando una fecha oficial de un acontecimiento público (B) no corresponde con la estructura de la experiencia del individuo (A), e incluso se niega a los acontecimientos públicos se pasa por “loco”. Este crítico autor de la psiquiatría de su tiempo explicaba que:

“Si la experiencia de “A” y el acontecimiento público “B” no concuerda en el discurso de un individuo, los policías de la mente (los psiquiatras) son llamados a intervenir; diagnostican un delito (enfermedad), se practica un arresto y se pone al paciente bajo custodia (hospitalización). Se continua con entrevistas e investigaciones de la cual puede obtenerse una confesión (el paciente admite que está enfermo). Lo mismo si lo hace que si no, es hallado culpable, se dicta sentencia (se prescribe un tratamiento). Cumple con su respectiva condena, sale en libertad y en lo sucesivo obedece las leyes. Algunas personas son refractarias a esos métodos; tales casos se consideran de mal pronóstico. El psiquiatra, especialista en la materia, sabe cuándo tiene entre manos uno de esos casos” (Laing, 1969: 91).

Estas aportaciones abrieron un panorama de análisis y reflexión muy distintos a los establecidos en los textos y prácticas tradicionales de la psiquiatría.

Huertas (2001) comenta que, en la historia de la psiquiatría, existe un antes y un después de Foucault, porque su pensamiento sacó a la luz las contradicciones imperantes, así como el sufrimiento del enfermo y su familia; con ello puso a discusión esa visión lineal que ofrecía la historiografía tradicional psiquiátrica, al mismo tiempo que introduce dudas y obliga a reconsiderar verdades epistemológicas.

2.2 Surgimiento del movimiento anti psiquiátrico

El movimiento anti psiquiátrico comienza con la corriente denominada “anti psiquiatría clásica” en los años 60, un movimiento que principalmente abarcó el ámbito intelectual y profesional (Castillo y Cea, 2016).

Éste fue un ataque en contra de la psiquiatría original y una reformulación de lo que se denominaba locura, de modo que Marcos (1983 en Castillo y Cea, 2016:174) argumenta:

“La antipsiquiatría fue el comienzo de un movimiento crítico, fue un decir NO a la expropiación de la salud mental por los técnicos de ella, un NO a la masificación idiotizante de los fármacos, un NO a la represión brutal de los manicomios, NO a los electroshocks, NO a la normalización de los valores de la sociedad capitalista, NO a la interpretación de la locura como mala, NO a la normalidad enajenada”.

Esta reforma psiquiátrica se apoyó en la psiquiatría comunitaria, la cual abarca los siguientes postulados: atención psiquiátrica ambulatoria, equipos comunitarios de salud mental, servicios comunitarios para la rehabilitación, la terapia ocupacional y el apoyo con el trabajo (Vázquez, 2012).

El movimiento antipsiquiatría tomó fuerza en Gran Bretaña con trabajos de investigadores como: David Cooper, Ronald D. Laing, Franco Basaglia y Aaron Esterson apoyándose en sustentos teóricos de filósofos como Marx, Sartre, Foucault y Gabriel Marcel. El movimiento anti psiquiátrico se planteó contra los dogmas ya establecidos en la psiquiatría, y de cualquier tipo de instrumento de “control social”, recibiendo críticas desde el ámbito político al médico. Asimismo, en la época de los 70’s, gran parte de obreros y estudiantes se rebelaron contra un sistema autoritario, la explotación de los trabajadores, y demás temas controversiales, los anti psiquiatras se sumaron a la lucha por la libertad oponiéndose a la marginación social. Durante ese período a dichos manifestantes se les reprimía con violencia contra cualquier tipo de conducta que resultara fuera de la “regla”. Incluso el propio concepto de “antipsiquiatría” se le atribuye a Cooper (Dosil, 2019).

El médico-psiquiatra David Cooper fue un reconocido revolucionario y protagonista del movimiento anti psiquiátrico. “Los esquizofrénicos son los poetas estrangulados de nuestra época. Quizás ha llegado el momento de que nosotros, que seríamos los encargados de sanarlos, apartemos nuestras manos de sus gargantas” (Cooper, 1974 en Dosil, 2019: 629). Cooper realizó investigaciones al noroeste de Londres instalando el "anti-hospital", un pabellón del Hospital Shenley con un pequeño grupo de aproximadamente veinte esquizofrénicos de sexo masculino, donde hizo énfasis en eliminar las distinciones entre los

roles de "miembros del personal" y "pacientes". El Pabellón 21 adquirió semejanza con un hogar libre de "miembros del personal" que hicieran acostar a los "pacientes", los hicieran levantar, les administrarán medicamentos, etcétera donde no existía claridad entre quiénes impartían y quiénes recibían "tratamiento", ni cuál "enfermedad" era por la que se encontraban en el lugar. Dicha investigación dio como fruto la publicación de un informe parcial del experimento concluyendo en 1966 (Laing, 1969).

En Inglaterra, la alternativa que propuso la antipsiquiatría fue desarrollar espacios privilegiados que le quitaran el poder a la institución, con el fin de acompañar a la persona durante su periodo de crisis. Además, se creó la Philadelphia Association y Arbous Housing Association bajo el mando de Ronald Laing, David Cooper y Joseph Berke, quienes crearon una red de comunidades que abordaron de diferente manera los padecimientos mentales, respetando a la persona.

Podemos dar cuenta del gran interés en eliminar el modo tradicional en que operaban las instituciones psiquiátricas, buscando la mejoría en el tratamiento, mayor pertinencia en las condiciones tanto sociales como de salubridad de la institución, y con normas internas flexibles que podían llegar a estimular la creatividad del paciente.

Otro ejemplo es Italia, donde la propuesta fue establecer una estrategia de lucha militante en contra de la segregación y marginación de los enfermos mentales, aquí se desarrolló el movimiento Psiquiatría Democrática representado por Franco Basaglia (Castillo y Cea, 2016).

El movimiento de Psiquiatría Democrática vinculado por el Partido Comunista, de Basaglia, se desarrolló en hospitales como: Trieste y Gorizia. Cuando la dirección del hospital psiquiátrico de Trieste estuvo a cargo de Basaglia se intentó un proyecto de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas (Dell'Acqua, 2012).

Franco Basaglia fue un iniciador de los movimientos de desinstitucionalización, había permanecido recluido en una cárcel durante la guerra fascista de Mussolini; posteriormente estudió medicina, se especializó en psiquiatría y fue director de un hospital psiquiátrico. Entraba por segunda vez a una institución cerrada llamada manicomio: "Estas dos

instituciones son diferentes, pero en realidad tienen la misma finalidad. La cárcel protege a la sociedad del delincuente, el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se desvía de la norma” (Basaglia, 1978:16). Y ante ello continúa:

“Desde el momento de cruzar el muro del internamiento, el paciente entra en una nueva dimensión de vacío emocional (resultado de la enfermedad que Burton llama neurosis institucional, y que yo llamaría simplemente institucionalización); es introducido en un espacio que, originalmente creado para volverlo inofensivo y al mismo tiempo asistirlo, en la práctica aparece como un lugar paradójicamente construido para aniquilar completamente su personalidad, como un lugar que lo vuelve un objeto. Si la enfermedad mental es, en su origen, la pérdida de la individualidad, de la libertad, en el manicomio el enfermo no encuentra nada más que el lugar en donde estará completamente perdido, vuelto un objeto por la enfermedad y por el ritmo de internado.” (Basaglia, 1964 en Dell'Acqua, 2012: 4).

Para el año de 1978 se promulga la “Ley 180” la cual prohibía el internado de nuevos pacientes, desmantelando los manicomios, intentando la superación gradual de los hospitales psiquiátricos y su substitución con un modelo nuevo de atención (Dosil, 2019). Fue la primera ley en el mundo que cambiaba drásticamente las condiciones de tratamiento y atención psiquiátrica, y que logró que a final de la década de los noventa se cerraran diversas instituciones.

La Ley 180 establecía que el tratamiento se basara en el derecho de la persona a la atención y la salud, que fuera voluntario y se desarrollara en los servicios que operan en el territorio, se trataba de la primera ley del mundo para eliminar los hospitales psiquiátricos (Dell'Acqua, 2012).

La Ley 180 inicia una nueva fase del trabajo para articular las nuevas reglas en los marcos normativos nacionales y locales y para definir las responsabilidades de los Departamentos de Salud Mental, de sus servicios y de sus estándares de funcionamiento. En marzo de 1999, el Ministerio de Salud anunció el cierre definitivo de todos los hospitales psiquiátricos públicos

en Italia. Asimismo, en algunas asambleas periódicas, coordinadas por Basaglia, los pacientes se reunían para discutir los cambios en curso. Existe un gran giro importante pues se abren las puertas del hospital, y se eliminan las terapias de shock y todos los sistemas de contención física, se suprime la división entre hombres y mujeres, creando espacios mixtos (Dell'Acqua, 2012).

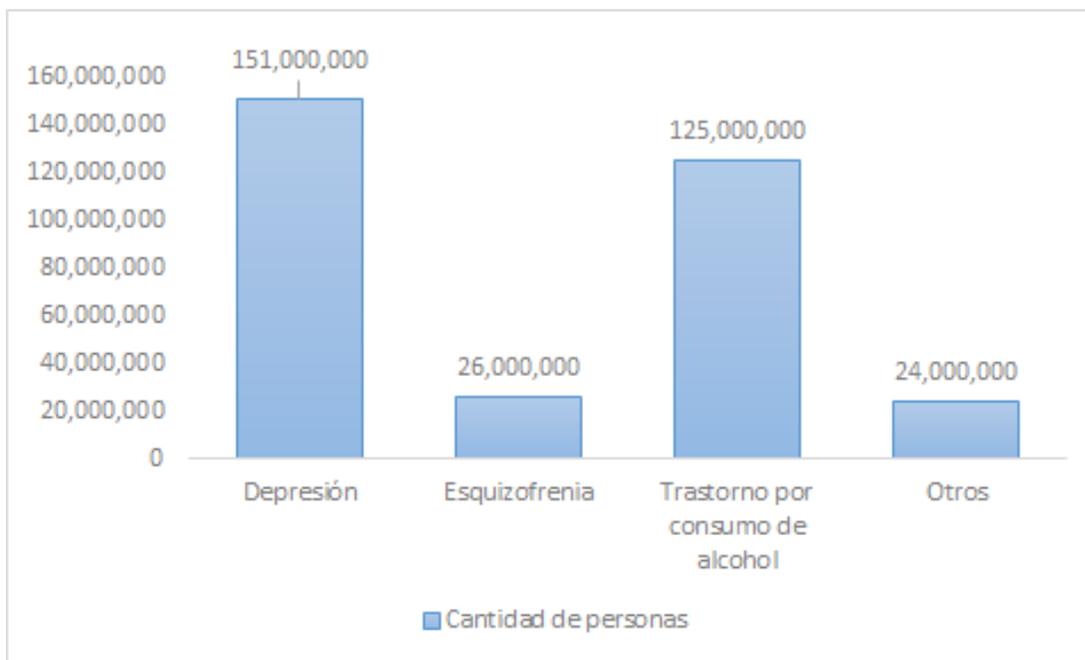
Por otra parte, en Francia, la antipsiquiatría estuvo orientada a desarrollar una serie de propuestas que reformaran las instituciones psiquiátricas que incluían la participación de los internos en la toma de decisiones. Fue así que Jean Oury y Félix Guattari desarrollaron la Psicoterapia Institucional que planteaba acoger a los internos en un espacio abierto, eliminando el poder autoritario y abordando la locura como un problema colectivo (Castillo y Cea, 2016).

Podemos dar cuenta que el movimiento anti psiquiátrico a pesar de tener raíces similares se desarrolló de diferente manera dependiendo de la cultura que lo rodeó. Otro ejemplo fue en Estados Unidos, donde la antipsiquiatría se centró en el respeto de los derechos civiles del paciente con el objetivo de resguardar su autonomía sin perder de vista el tratamiento psiquiátrico. Thomas Szasz, profesor de psiquiatría, denunciaba el término “enfermedad mental”, ya que consideraba que el diagnóstico psiquiátrico representa una selección social, antes que una médica o científica (Castillo y Cea, 2016).

A pesar del desarrollo de esta reforma anti psiquiátrica, en la mayoría de los países occidentales el nivel de provisión de servicios de salud mental aún es considerado insatisfactorio, esto debido a la ausencia de programas especializados para la atención de enfermos con cuadros psiquiátricos considerados graves dentro de una comunidad. La consecuencia más vista de esta ausencia es la prolongación de la estancia de los enfermos dentro de los hospitales psiquiátricos sin lograr la mejora de su calidad de vida. Además, existe evidencia de que aproximadamente el 30% de los pacientes con trastorno psiquiátrico grave abandona su tratamiento asignado por los servicios de salud (Vázquez, 2012).

Dell'Acqua (2012) hace referencia a una publicación *“Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group”* (2010) en donde la OMS subraya que a pesar de su vulnerabilidad, las personas con problemas de salud mental como: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y drogas, problemas de la infancia y la adolescencia, retrasos intelectuales; se han visto ignoradas por los programas de desarrollo, con todo y la difusión significativa de los problemas de salud mental, de su impacto económico en las familias y comunidades, y de los fenómenos relacionados de discriminación, marginación y estigmatización. Mencionando cifras relevantes que se verán a continuación en la siguiente figura.

Figura 3. Muestra la cantidad de personas con los trastornos más significativos mundialmente según, Dell'Acqua (2012).



Concluyendo que cada año se registran medianamente 844, 000 casos de suicidio, en países de bajos ingresos. La depresión es un problema tan importante casi como la malaria (3,2% vs 4,0%), pero los fondos invertidos para enfrentar estos problemas es una fracción muy pequeña del total asignado.

Una excepción que mencionar es el caso de la ciudad de Trieste que desde hace más de 30 años (con aproximadamente 240.000 habitantes) vive sin manicomio. Y con un único lugar de atención, así el manicomio ha sido sustituido por 40 diferentes servicios, que garantizan distintas funciones y tareas, entre las cuales se destaca la atención domiciliaria. Los resultados muestran que los nuevos métodos permiten también una reducción significativa del gasto para la atención psiquiátrica. Por ejemplo: el personal se redujo de 524 (1971) a 225 operadores (2010), las 1,182 camas de hospital de (1971) se convirtieron en 140 camas, y el número promedio de personas que utilizan estos servicios es de 20 cada mil habitantes. Incluso a partir de 1987, la OMS ha reconocido la ciudad de Trieste como punto de referencia para un enfoque innovador en la atención psiquiátrica y en el año 2010, el Departamento de Salud Mental de Trieste fue confirmado como Centro Colaborador de la OMS para la Salud Mental (Dell'Acqua, 2012).

2.3 El Movimiento anti psiquiátrico en México

Los años 60 fueron caos en casi todo el mundo, esta década está caracterizada por el surgimiento de diversos movimientos y la impuesta de algunos grupos, formas de vestir, política, cultura, etc. Por ejemplo, tenemos el movimiento hippie, el rock como forma de protesta y el comienzo de la liberación sexual; México no fue la excepción, ya que también sufrió grandes cambios en esta época (Carmona de la Peña, et al., 1970).

Uno de los cambios más importantes se desarrolló dentro del ámbito político, el llamado “milagro mexicano”. Como sabemos, este se caracterizó por la transformación de la industria y un mayor crecimiento en el país gracias a ella. Lo malo de este movimiento fue el enriquecimiento de las personas de clase alta, mientras que los de clase baja cada vez tenían menos posibilidades, algo no muy alejado de lo que vivimos actualmente.

Durante este periodo hubo un buen crecimiento económico, además comenzó a modernizarse la agricultura y la industria. También sabemos que la economía no fue lo único que creció en esa época, hubo una explosión demográfica. La infraestructura fue impulsada, el tema de las

telecomunicaciones fue avanzando a buen ritmo, hubo modernización de carreteras y con esto el auge del autotransporte (Carmona de la Peña, et al., 1970).

Debido a la explosión demográfica, la población urbana mayoritariamente se concentraba en los jóvenes, quienes “soñaban con un mundo mejor”; adicionalmente, hubo movimientos sociales como huelgas, movimientos estudiantiles y la famosa matanza que todos conocemos en Tlatelolco el 2 de octubre de 1968. Gracias a estos movimientos, se dice que fue una década en la que los jóvenes comenzaron a tomar conciencia de su papel dentro de la sociedad, y comenzaron a proponer, desarrollar e implementar nuevas ideas.

Cabe destacar que en este periodo hubo un crecimiento importante en las comunicaciones, es decir, para 1960 había ya en el país 412 radiodifusoras, 23 televisoras y 1,850 publicaciones de más.

Con los movimientos estudiantiles que hubo, creció la demanda de educación superior para los jóvenes, fue así que entre 1950 y 1970 hubo una expansión de matrícula universitaria y tecnológica llegando hasta los 208 944 estudiantes en instituciones de educación superior (Pozas, 2018).

Los movimientos y transformaciones sociales llegaron al sector de la salud mental reclamando nuevas reformas a los servicios hospitalarios, y en 1967 el Manicomio “La Castañeda” cerró debido a la incapacidad para atender a la población que superaba los 48 millones de pacientes psiquiátricos (Dosil, 2019).

En su lugar, como ya hemos visto en el capítulo previo, se crearon las granjas-hospitales con el objetivo de tener un trato al paciente más humano y con hospitales en condiciones de salubridad óptimas. Dosil (2019) menciona que, a pesar de esta iniciativa prometedora, el personal y los internados continuaron siendo los que eran anteriormente, con las mismas condiciones de insalubridad y formas represivas de los antiguos manicomios. Además, Sacristán (2005) menciona que la inquietud por crear hospitales no fue 100% para brindarles una calidad de vida a las personas con algún trastorno, si no para “proteger” a la sociedad de la supuesta peligrosidad de estas personas y evitar transitar deambulante por las calles.

Para 1964, ya había 33 servicios de consulta psiquiátrica externa, dentro de los cuales ya participaba el IMSS. A pesar de que hubo estos incrementos en la atención de la salud mental, los profesionales no se daban abasto, siendo así que en 1967 comenzaron a operar los hospitales psiquiátricos “Fray Bernardino Alvarez” y “Juan N. Navarro” (Benassini,2001).

En cuanto a la prevalencia de las enfermedades, la Secretaría de Salubridad y Asistencia indicó que para 1960 había una prevalencia de 4.43% de trastornos mentales; pero, para 1994 se reportó una prevalencia del 36%.

La década de los 70's fue importante para la Psicología pues se diversificaron las corrientes psicológicas, desde: conductismo, escuela de Piaget, psicoanálisis, teoría sociocultural, y con éstas las diferentes formas de psicoterapia. Cabe mencionar que había una alta preocupación por el tema de la salud mental, y cada uno de los pacientes buscaba la corriente que mejor se acomodara a su economía y cultura. Entre 1976 y 1981 creció la asistencia en los sectores públicos como IMSS e ISSSTE con la construcción de pisos psiquiátricos.

El movimiento anti psiquiátrico comenzó a hacerse notar en México, siendo una respuesta crítica para advertir de los peligros de la “psiquiatrización” de la vida cotidiana. Este movimiento no solo quería tomar conciencia del elemento ideológico que subyace en la intervención psicológica, sino asumir una transformación política en el resultado de un cambio en la sociedad (Dosil, 2019).

Como parte de este movimiento, cabe destacar la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1979, lugar donde se desarrollaron diversas investigaciones y se formaron especialistas para brindar apoyo en esta área (Benassini, 2001).

Por otro lado, el Centro Intercultural de Cuernavaca (CIDOC) era sede para la difusión de estas ideas anti psiquiátricas en México, y en el año de 1974 contó con la presencia del icónico personaje Franco Basaglia en un seminario con el tema de “Alternativas institucionales en la sociedad tecnológica” (Dosil, 2019).

Para 1995, se reactiva la Dirección de Normas de la Salud Mental con el objetivo de crear un programa nacional de salud mental, el cual lamentablemente no ha llegado a su conclusión (Benassini, 2001).

Para concluir, si bien la antipsiquiatría fue recibida en México con aportaciones teóricas y críticas hacia el sistema de salud mexicano, no pasó de ese nivel analítico. Como lo señala Dosil (2019), el movimiento anti psiquiátrico se mantuvo al margen de las instalaciones de salud y no pasó de ser una postura contestataria.

Para la presente tesis las posturas del movimiento anti psiquiátrico son muy importantes porque consideramos que el trato humano, no discriminativo, no excluyente ni torturante a las personas con padecimientos mentales de distinto tipo es fundamental. Pensaremos, en el siguiente capítulo, el acompañamiento terapéutico, justamente como una opción humana y cálida para las personas que requieren un trato digno ante sus problemas de salud.

“Los esquizofrénicos son los poetas estrangulados de nuestra época. Quizás ha llegado el momento de que nosotros, que seríamos los encargados de sanarlos, apartemos nuestras manos de sus gargantas” (Cooper, 1974)

Capítulo 3: Acompañamiento terapéutico

3.1 Historia del acompañamiento terapéutico

La concepción de salud-enfermedad se va transformando a lo largo de la historia y adquiere su función de acuerdo al momento socio histórico en que se desarrolla. Para dar lugar a la comprensión del nacimiento del acompañamiento terapéutico, comenzaremos con un bosquejo histórico, el cual se remonta al término de la Segunda Guerra Mundial con la aplicación de pruebas psicométricas y el post-tratamiento a los soldados. Después de dicha guerra la salud mental fue destinada a la psiquiatría durante un largo periodo, debido al incremento en el ingreso de personas a hospitales psiquiátricos. Poco a poco la función terapéutica hacia los pacientes mediante las técnicas y actividades dentro del psiquiátrico se comenzó a cuestionar dando lugar al movimiento anti psiquiátrico.

Y, como vimos en el capítulo anterior, el movimiento anti psiquiátrico de los años 60's entre alguno de sus objetivos buscaba dar un trato enfocado más a los derechos de sus pacientes, así como la búsqueda o reconciliación de un contacto del paciente con la comunidad.

Esta reforma apostó a eliminar el modelo asilar dejando de lado la institucionalización que era presente en los hospitales psiquiátricos, y construir pequeños centros donde la atención sería “fuera” del hospital psiquiátrico. Tal fue el caso, de los trabajos realizados por David Copper que se mencionan en el capítulo 2, como el Pabellón 21, que rompe con los paradigmas que se tenían de un asilo en contraposición de los psiquiátricos tradicionales, pues Copper los consideraba como lugares confinados con la finalidad muy lejana de ser realmente rehabilitadora.

De igual manera, Franco Basaglia con los movimientos de anti-institucionalización y la promulgación de la ley 180, nos conduce a las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el lugar que ocupa una persona en la sociedad después de ser diagnosticada como “enferma

mentalmente”? ¿A qué lugar se le pretende reinsertar? ¿En realidad se busca la reintegración y en qué casos resulta efectivo?

El nacimiento del acompañamiento terapéutico es situado por Pulice (2011, como se cita en Crosara, 2015) en Argentina, a finales de los 60 y comienzo de los 70, época de los cambios propiciados en la antipsiquiatría inglesa de Cooper y por las acciones de Basaglia en Italia, apostando a un tratamiento con objetivos más allá del control que se ejercía ya en los hospitales psiquiátricos.

A su vez, Pulice (2011, como se cita en Crosara, 2015) menciona que América Latina fue un escenario impulsor del Acompañamiento Terapéutico (AT), y en el caso específico de Argentina fue donde se produjo un estancamiento general en la producción de conocimientos cuando llegó la dictadura militar, en los que el AT sería víctima de una baja o nula producción bibliográfica, aval legal y espacio académico. Al término de esta dictadura, se reanudaron las labores del AT y, como consecuencia, da lugar el siguiente evento histórico relevante:

En el año de 1994, la creación del Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico, dirigido a todo aquel interesado en el tema, tanto en elaboración de conocimiento como en su recepción. Luego de siete años, en 2001, llega el Segundo Congreso en el cual se hacen presentes investigadores de diversos países a nivel de Latinoamérica, evidenciando la enorme expansión y reconocimiento que el AT había tenido (Crosara, 2015).

Como sostienen Kuras (2011, como se cita en Crosara, 2015), el origen del AT surge con la necesidad de atender el sufrimiento del sujeto, priorizando su singularidad y evitando la estigmatización y la cronificación de su enfermedad. Esto a su vez lograría el objetivo de la reinscripción social, pero más que “reinsertar” al individuo busca restaurar, generar, o ayudar a crear lo que nunca estuvo y que es necesario para generar redes de apoyo.

Siguiendo en la misma línea, Mauer y Resnizky (2004) nos dicen que las funciones que se plantearon para el Acompañamiento son las siguientes:

- Dejar que el paciente siga desarrollándose en su vida “normal”
- Ayudar a que el paciente asuma de manera temporal sus funciones como paciente sin dejar que la enfermedad genere un debilitamiento.

- Ayudar en el desarrollo de la creatividad del paciente sin perder la estructura de la personalidad del paciente.
- Aportar una mirada objetiva a la situación que el paciente y la familia están viviendo.
- Orientar dentro del espacio social, creando un puente con el mundo que rodea a la familia y al paciente.

3.2 Profesionales involucrados en el acompañamiento terapéutico

Si vemos al Acompañamiento Terapéutico como un dispositivo nos es más fácil entender que es más que una relación entre acompañante y paciente, más bien se trata de una red de apoyo que se establece entre el acompañante, el psiquiatra, el coordinador (mediador), el analista del acompañante, el acompañado, la familia, su entorno, vecinos, amigos, colegas, etc. (Frank, 2017).

A pesar de las múltiples participaciones que se mencionan arriba podríamos decir que, a ojos del paciente, el acompañante es el del papel más importante. Pero ¿Qué tiene que hacer?, pues bien, lo primero que debemos saber es que es un agente de salud que fue capacitado ampliamente para sostener, cuidar, aliviar y compartir necesidades y angustias del paciente que lo requiera. Es así como Straniero (2016) indica que su labor principal radica en favorecer la emergencia de la subjetividad apuntando al desarrollo del lazo social.

Otro foco principal dentro del tratamiento es el coordinador, este va a ocupar el rol de mediador entre el acompañante, la familia y los demás profesionales que participan en la terapia (Straniero, 2016).

Crosara (2015) comenta respecto a la labor del psicólogo dentro del AT que se deberá tener una acción de forma articulada con el resto de los profesionales involucrados en el proceso de rehabilitación, buscando tender redes de apoyo que sirvan de soporte para el sujeto, con un enfoque psicosocial. Por lo tanto, aquí radica la importancia de un trabajo transdisciplinario.

Asimismo, es importante destacar que el acompañamiento terapéutico no solo se limita a la salud mental como podríamos pensar, pues su abordaje puede tener mayor alcance con otros pacientes entre ellos: el trabajo con niños y adolescentes con N.E.E (Necesidades educativas

especiales), trastornos de la alimentación, adicciones, otras patologías de consumo; el tratamiento de pacientes oncológicos, terminales, tercera edad, trastornos neurológicos graves como epilepsias, demencias y Alzheimer, etc. (Pulice, 2011).

También es importante mencionar que, de acuerdo con el caso, depende el tipo de Acompañamiento Terapéutico y los profesionales requeridos; por ejemplo, tenemos el de modalidad institucional que, como su nombre lo dice, se desarrolla dentro de una institución, por ejemplo, una escuela, un psiquiátrico, un hospital, etc. Aquí aparte de los participantes arriba mencionados, se necesita el apoyo de profesores, compañeros de clase, médicos y demás personal de salud. Recordemos que el tratamiento se adecua a las necesidades de cada paciente (Dragotto y Frank, 2012).

Otro tipo de Acompañamiento Terapéutico es el ambulatorio, el cual se desarrolla fuera de la institución. En este tipo pueden intervenir uno o quizá más acompañantes, además es recomendable que se incluya un coordinador para ayudar a evaluar e implementar la mejor estrategia. Por último, podemos hablar del Acompañamiento Familiar, en el cual participa, en un ambiente cotidiano, si no es que toda, la mayor parte de la familia. Lo más importante a destacar de este modelo es el tratamiento que se le da a la familia junto con el paciente, lo que nos lleva a tener más de un Acompañante (Dragotto y Frank, 2012).

Como podemos ver, los involucrados en este modelo de terapia son más que en un modelo convencional o psiquiátrico normal, esto es porque lo que se busca es tener un mayor alcance del que tendríamos trabajando solo con el paciente en un lugar aislado. Por lo anteriormente mencionado, es importante establecer ciertas reuniones en las que participen todos los involucrados en el tratamiento con el fin de ir evaluando los progresos, los puntos débiles, las mejoras, etc. Asimismo, es tarea principal de los acompañantes elaborar informes a fin de que estos sirvan de ayuda a los momentos de tomar decisiones sobre el tratamiento.

Dentro de los profesionales que comúnmente se toman en cuenta para ser un acompañante podemos enumerar algunos de ellos y mencionar las competencias profesionales con la que cada uno debe contar, ya que, como menciona Yañéz (2005), es fundamental conocer qué características nos ayudarán a realizar un trabajo con éxito.

- I. Psicólogo: El psicólogo tiene un rol de supervisión, muchas veces es la persona encargada del caso. De acuerdo con Yañéz (2005) el psicólogo debe contar con una capacidad de autoaprendizaje, habilidad para buscar información, habilidad de mostrar empatía, habilidad de detección de necesidades, saber hacer entrevistas, tolerancia a la frustración, asertividad, creatividad, entre muchas más.
- II. Pedagogo: El acompañamiento pedagógico se entiende como un proceso “permanente”, donde la principal función del acompañante es interactuar con los maestros para la toma de decisiones respecto los cambios que se deben hacer para enfrentar la problemática, (Díaz, et al. 2018). Respecto a las competencias, se indica que dentro de las principales deben ser las siguientes: conocimiento sobre el hecho educativo, habilidad para realizar evaluaciones psicopedagógicas, habilidad de realizar una orientación educativa a niños, adolescentes y adultos, capacidad para desarrollar propuestas educativas que vayan orientadas a mejorar el vínculo paciente-medio escolar, entre otras.
- III. Enfermero(a): Su rol principal consta en establecer las normas higiénicas y darle un seguimiento puntual en caso de que el paciente requiera toma de medicamentos. Una de las habilidades más requeridas es la de saber organizar y gestionar el tiempo y los recursos brindados, también es requerida la inteligencia emocional, la capacidad para cuidar y atender, la sensibilidad, el respeto hacia los demás y la tolerancia al estrés.
- IV. Trabajador social: Se encargan de acudir al domicilio con citas programadas y dar seguimiento puntual tanto al “paciente” como al tratamiento, además de facilitar la vuelta al trabajo, escuela, ámbito social. Pacheco (2019), nos menciona que algunas de las competencias que debe tener un trabajador social que se desempeñe como acompañante son las siguientes: la aplicación de conocimientos encontrando soluciones, gestión de recursos (tiempo, dinero, materiales), trabajo en equipo, dominio tecnológico, entre otros.

3.3 El papel de psicólogo dentro del acompañamiento terapéutico

¿Cuál es nuestra labor como psicólogos? Ante esta incógnita el autor Crosara (2015) responde: es el de acompañar al paciente en su camino, presentándose el acompañante como una figura auxiliadora.

Como psicólogos ¿Debemos de buscar una reinserción? Ledesma (2013) responde a la pregunta haciendo la siguiente reflexión: ¿En realidad se busca una reinserción? En este sentido, se busca impulsar a los pacientes a que produzcan nuevas formas de vincularse con su entorno, de hablar y de ser escuchados, posibilitando la adherencia al tratamiento. La contención en un momento de crisis, la reducción del período de ingreso/internación o la evitación del mismo, logrando una mejoría observable en función de la patología.

Debemos comprender que el AT por parte del psicólogo ocurre a través de la comprensión de las necesidades básicas del acompañado y estas necesidades aparecerán en gran parte en los encuentros realizados con el acompañante, es decir conocerle y conocer su entorno. Así, a partir de la percepción de ser del sujeto, da lugar a la aparición de su singularidad y permite tanto que él sea visto en su singularidad y nosotros poder brindarle la oportunidad de crear un lugar sostenido por el mismo, donde se siente reconocido. Safra (2006, como se cita en Chévez, 2017) describe esta labor como “un lugar desde donde se puede llegar a reencontrar su propio gesto frente a otro ser humano, y de esta manera tener perspectiva de posibles planes de futuro para sí mismo” (pp. 17).

Es entonces el encuentro que permite crear otro espacio-tiempo y, por lo tanto, un nuevo orden de vida que tenga sentido para el acompañado. Pero siempre tomando a consideración que la intervención del AT sólo tendrá sentido si proporciona al acompañado el encuentro de su propio día a día, su propia organización, su propio espacio y tiempo, su autonomía, todo a su propio ritmo y, como ya se mencionó anteriormente, para eso es necesario tener en cuenta las necesidades y el repertorio del acompañado (Chévez, 2017).

Por lo tanto, el psicólogo debe crear una relación con su acompañado de singularidad bajo su red de apoyo, pero aquí llega otra interrogante: ¿Cómo se le pretende reinsertar? Al respecto Bustos (como se cita en Bustos y Frank, 2011) menciona que la figura del acompañante se encuentra inserta en un equipo (transdisciplinario), el cual efectúa intervenciones abarcando desde el ámbito familiar al comunitario del paciente, de lo particular a lo general

permitiéndonos generar y ampliar las redes de apoyo para las personas con trastornos mentales. Debemos de poner el foco en alerta a esta gran herramienta que facilita al AT “las redes de apoyo” ya que, al llegar el acompañamiento a su fin, es indispensable que el paciente se encuentre inserto en una red, que le de soporte y propicie su proceso de rehabilitación.

¿A qué nos referimos con “redes de apoyo”? El Gobierno de la República Mexicana, en el Instituto Nacional de las Mujeres (2015), rescata que dichas redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que tienen como propósito hacer frente a diversas situaciones que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores.

Asimismo, menciona que a través de estas redes las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo. ¿Cualquier persona puede pertenecer a nuestra red de apoyo? Por lo general, las redes de apoyo están conformadas por lazos de parentesco (tutor, mamá, papá, hermanos, tíos, primos, etc.) personas que sean cercanas a su lugar de residencia (vecinos) y amistad (personas que el acompañante o la familia de esta forma un lazo amistoso, maestros, terapeutas, médicos, etc.).

3.4 La metodología del acompañamiento terapéutico

El AT es un procedimiento que sigue el método científico para llevarse a cabo de manera eficaz, entonces abrimos la siguiente interrogante ¿Qué características o aptitudes son las que se pretenden rehabilitar mediante el AT?

Schneeroff y Edelstein (2004) en su Manual didáctico sobre acompañamiento terapéutico, proponen las siguientes consideraciones para realizarlo de manera eficaz ante problemáticas de psicopatías.

Conocimiento previo del caso

- Tener en cuenta la información aportada por el equipo de trabajo: Como se mencionó anteriormente, se debe formar un equipo de trabajo en el que serán parte:
 - 1) El acompañante o pueden intervenir uno o más depende de la complejidad del caso

- 2) Preferentemente un coordinador que estará revisando, evaluando, y proponiendo mejoras en la estrategia
 - 3) Especialistas de la salud dependiendo del caso
 - 4) Familia o redes de apoyo con las que cuenta el acompañante.
- Si el AT es solicitado por la familia es necesario contactarse con un profesional, ya sea quien trata al paciente o en el caso de que no sea tratado, con algún profesional conocido que supervise el caso.
 - Obtener si es posible un acercamiento de la historia clínica del paciente con el fin de conocer: conductas características, relaciones familiares, situaciones conflictivas, interés, gustos, etc. Y de acuerdo con la información, estipular un plan de abordaje en conjunto con el equipo profesional.

Presentación del AT

- Énfasis en pautas como: días, hora, honorarios, funciones del AT, límites y posibilidades del acompañamiento.
- Repetir el acuerdo establecido y aceptado en situaciones determinadas.

Acompañamiento

- Marcación “hombro a hombro”: no sólo con la acción sino también con la palabra.
- Planificar actividades sedentarias. Con ritmo pausado.
- Fomentar el diálogo.
- Usar “la palabra” para dialogar, marcar, anticipar, informar, limitar, dar opciones y posibilidades.
- Escuchar: prestar atención, pero siempre enfocado, evitando alianzas “psicopáticas” propuestas por el paciente, es decir saber poner distancia y distinguir los papeles: Acompañante y acompañado.
- Ante situaciones riesgosas/ límites, posibles o reales.

Dentro de su metodología se encuentra el respeto y seguimiento del Código de Ética, en el cual se menciona que el Psicólogo debe resguardar bienes jurídicos y los derechos que todo ser humano tiene, es decir, la confidencialidad, la autodeterminación, etc. Como toda norma, cuenta con sanciones para aquellos que atenten contra lo antes mencionado (Reos, 2017).

Revisando el código de ética en México, nos hemos percatado que no se habla en específico del Acompañamiento Terapéutico, sin embargo, todas las normas y principios que se mencionan deben seguirse sin importar el área en la que se desempeñe el psicólogo y como bien dice en su Capítulo 1, este código se aplica a todos los psicólogos que ejerzan la profesión de la psicología en México. Existen 4 principios principales:

- A. Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas,
- B. Cuidado responsable,
- C. Integridad en las relaciones y
- D. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

Además del Código de Ética, tenemos la Ley N10393 la cual regula el ejercicio de la profesión denominada “Acompañante Terapéutico”. Dicha ley en el capítulo 3 nos dice que es para pacientes con previa autorización del psicólogo tratante y su mayor función es tratar al paciente y a su familia en la cotidianidad, y que nunca debe ser considerado como un tratamiento aislado (Dragotto y Frank, 2012). Cabe destacar que esta Ley fue creada por la Legislatura de la Provincia de Córdoba Argentina, en México aún no existe como tal una ley que regule este ejercicio, pero tenemos el Código de Ética, que, aunque no es suficiente, nos es de gran utilidad.

3.5 El acompañamiento terapéutico VS el tratamiento psiquiátrico tradicional (Ventajas y desventajas)

Como bien menciona Reos (2017), el Acompañamiento Terapéutico no ha sido el mismo desde sus inicios hasta la fecha. Como todo, tuvo que pasar por múltiples pruebas e investigaciones para ser aprobado y utilizado por los diferentes profesionales de la salud. En sus inicios, al acompañante se le llamaba “Amigo Calificado”, hoy en día ya se concibe como

un “dispositivo” y es utilizado por diversos profesionales en un abordaje interdisciplinario y complejo.

Fue a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental #26.657, surgida en Argentina, que el Acompañamiento Terapéutico se ha impulsado en toda la sociedad como un recurso significativo y valioso, además que se ha demostrado que es altamente efectivo ya que facilita la aplicación de la ley y deja ver a quienes padecen algún trastorno como sujetos de derecho (Straniero, 2016).

La Ley de Salud Mental antes mencionada determina lo siguiente: “Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”. Como podemos ver, lo anterior es justo lo que hace el Acompañamiento, respetar los derechos y promover la integración.

Ventajas

A continuación, anunciaremos algunos autores que han reportado al AT como una herramienta ventajosa, por ejemplo, Frank (2017 como se cita en Chévez, 2017), quien menciona que el Acompañamiento Terapéutico, pensado como un dispositivo, permite un abordaje amplio, debido a que no solo se enfoca en el paciente, sino también en el contexto en el que se desarrolla. Lo más importante es que se desarrolla un trabajo con la familia y se ha visto en diversos casos que eso ayuda de manera significativa al tratamiento. De acuerdo con Frank (2017 como se cita en Chévez, 2017), intervenir en lo cotidiano abre puertas para modificar la red social y familiar.

Asimismo, Frank (2017 como se cita en Chévez, 2017) hace una comparación del trabajo del AT con el teatro, ya que nos menciona que bajo este método no solo vemos a la persona sino a toda la escena, el escenario y la escenografía, es decir, vemos a un todo y no a un ser individual.

Straniero (2016) concuerda con los autores antes mencionados al decir que el Acompañamiento Terapéutico permite que las personas en tratamiento puedan vivir en su comunidad, en su entorno cotidiano, conservando y creando vínculos sanos.

Reos (2017), por su parte, menciona que su mayor ventaja es la flexibilidad y adaptación del tratamiento a las necesidades de cada paciente. Principalmente al determinar la cantidad de horas de acompañamiento que se requieren, el lugar donde se va a llevar a cabo, las actividades a realizar, los objetivos a cumplir, etc.

Por su misma flexibilidad, el AT puede ser utilizado en diversas situaciones no solo en los pacientes con trastornos psiquiátricos, también se ha visto su uso en personas con depresión, pacientes internados en hospitales, pacientes con diferentes tipos de discapacidad y pacientes oncológicos.

Ahora pensemos en el impacto en la sociedad, por ejemplo, Chévez (2017) rescata algunos puntos: en los casos con pacientes psiquiátricos se ha observado que al permitir que experimente otro marco de referencia, resignifica su experiencia original y pueda tener otro punto de vista, más objetivo, de su ambiente. Se le ofrece un encuentro y la constitución de sí mismo, además de la esfera individual, el acompañado también es visto como un sujeto capaz de convivir en un espacio social.

Lo anterior es relevante ya que el AT se utiliza como dispositivo para la ciudadanía con el objetivo de “sacar” al paciente del encierro interno y externo en el que está confinado. Tratarlo como un agente ético y como a un ciudadano con derechos y deshacer la exclusión, pero siempre tomando en cuenta sus condiciones biológicas y psicológicas de donde parte, para ir creando un nuevo espacio-tiempo en que el acompañado tenga existencia ética y sociopolítica como ciudadano dentro de sus posibilidades y siempre bajo su red de apoyo.

Consideramos que una de sus ventajas más importantes es que se evita la estigmatización y se trata al paciente como sujeto de derecho y no como “enfermo”.

Ahora hablemos del caso de México, ¿En nuestro país como se ejerce el AT? ¿Quiénes lo imparten y en dónde? ¿Es bien remunerado? ¿Cómo compite con la escena tradicional de la institucionalización en los Hospitales psiquiátricos?

Desventajas del AT

Nos encontramos con una cuestión problemática, pues se observa la deficiencia de material bibliográfico específico sobre el tema, que durante mucho tiempo estuvo meramente constituido por una pequeña cantidad de artículos publicados en los que el contenido era dominado por los obstáculos para los acompañantes en su tarea debido a la falta de un claro lineamiento teórico, y de algún marco regulatorio de la actividad (Pulice, 2011).

Por supuesto, México no es la excepción pues nos encontramos con este tema poco valorado por las instituciones y especialistas, en los que aún se debe trabajar en contenidos científicos.

Chávez (2017) nos habla acerca del espacio transicional el cual, desde su perspectiva, es una frontera entre la realidad interna del acompañado y la realidad externa del cotidiano familiar, social y cultural. Donde aquel individuo que no se ajusta a las construcciones sociales y culturales, al espacio-tiempo y a las normas y valores del cotidiano socio- culturalmente instituido es excluido.

Pulice (2011) también rescata la problemática de la “amistad” en el AT entre el acompañado y acompañante, estudios que realiza a partir de recabar información mediante entrevistas, con algunos testimonios de AT, como el siguiente:

“Lo que en un principio se perfila como un componente que propende a facilitar el vínculo, se torna luego un elemento distorsionador del proceso terapéutico. Puede, incluso, conducir a la interrupción del mismo”.

Pulice (2011) comenta que suele ser el paciente quien a menudo tiende a ubicar al acompañante en un lugar meramente “amistoso” y esto se debe a las numerosas horas de trabajo dedicadas por el acompañante a un mismo sujeto, que en el caso extremo de las internaciones domiciliarias o institucionales pueden ser 5, 6 y hasta 8 horas diarias o más. Y por si fuera poco a eso se suman las actividades que se suelen realizar desde charlas, paseos,

caminatas, juegos, salidas recreativas tales como ir al cine, a un bar, etc. es casi inevitablemente propiciar tales sentimientos.

Lo que nos llevaría a pensar, tal vez, que es más conveniente no formar un lazo amistoso, pero como se mencionó anteriormente es necesario ya que si no en consecuencia, puede resultar muy difícil la progresión del trabajo, o recibir conductas hostiles por parte del acompañado.

Por lo tanto, resulta oportuno advertir la delimitación de este vínculo en el trabajo terapéutico, pero también a su vez es necesario para crear el clima de confianza, encontrando la solución a equilibrar esta relación, siempre buscando una calibración al brindar este sentimiento.

Cap. 4 La experiencia de un psicólogo como acompañante terapéutico

El objetivo del presente capítulo es ahondar en los componentes del Acompañamiento Terapéutico como estrategia humana de apoyar a los pacientes con diferentes padecimientos emocionales y psiquiátricos. Para ello tomaremos en cuenta más aportaciones de diversos autores y también las reflexiones que obtuvimos al entrevistar a un acompañante terapéutico llamado Adrián.

Adrián es un profesional cuyo grado de estudios es un doctorado en Investigación Psicoanalítica, se desempeña dentro del acompañamiento terapéutico. El objetivo fue recabar información acerca del uso de este método y conocer de primera mano qué se necesita para llevarlo a la práctica y cuáles son las ventajas de su uso.

De lo primero que hablaremos en este capítulo será de la formación que un psicólogo necesita para poder brindar el acompañamiento.

4.1 Elementos de la formación para convertirse en acompañante terapéutico

Sabemos que las diferentes profesiones han recorrido cierto camino para llegar a ser legítimas y válidas ante la sociedad y la ciencia. Para la psicología y sus ámbitos no ha sido la excepción, esta ciencia ha recorrido un largo camino para conseguir los reconocimientos legales y académicos que sirvan como sustento para su ejercicio.

De acuerdo con Chevéz (2017), la formación que recibe quien se dedica al acompañamiento terapéutico debe ser sensible, es decir, que esté enfocado en el ejercicio y se centre en estar abiertos a los acontecimientos inesperados, a la programación de actividades con bases científicas y a la improvisación creativa en la práctica.

Sabemos que el acompañamiento se ha ejercido desde el ámbito de la salud mental, y que sus bases provienen del psicoanálisis, la antipsiquiatría y la psiquiatría, es así que las carreras “ideales” de estudio para su desempeño posterior serían: psicología, trabajo social,

pedagogía. El profesional que entrevistamos tiene la formación en Psicología con orientación al psicoanálisis, también cuenta con maestría y doctorado en investigación psicoanalítica.

Siguiendo la línea anterior, Macías (2013) menciona que, dentro de los perfiles de los acompañantes terapéuticos, existen tres circunstancias posibles: a) que lo lleven a la práctica estudiantes afines a la salud mental, b) personas que estén interesadas en el ámbito, aunque su formación profesional no esté vinculada y, c) personas que hayan requerido del servicio y estén recuperadas.

Dicho autor nos menciona que los acompañantes deben cumplir con ciertas competencias, a continuación, hablaremos de ellas de forma breve:

- a. debe tener la capacidad para fungir como facilitador en la vinculación social y familiar del paciente.
- b. tener la habilidad de reconocer las características de su paciente, así como sus puntos fuertes y en los que hay que trabajar.
- c. Capacidad de identificar situaciones de riesgo dentro de la vida cotidiana del paciente y establecer estrategias que ayuden a minimizarlas.
- d. Facilidad de palabra y comunicación tanto con el paciente como con su familia y con los profesionales que trabajarán en conjunto.
- e. Desarrollar e implementar estrategias de contención emocional.

De igual manera, Lafarga (2003, citado en Téllez & Saturno, 2013) menciona las siguientes cualidades con las que debe de contar el profesional que se dedica a esta área, son las siguientes:

- Ser una persona con capacidad de escucha.
- Tener capacidad de expresar afecto.
- Ser sociable y hábil para comunicarse.
- Tener un manejo adecuado de la agresión.

- Ser tolerante ante la frustración y,
- Ser capaz de solucionar conflictos.

Regresando al tema de la carrera profesional que debe tener un acompañante, nuestro entrevistado nos comenta que su profesión matriz fue psicología, carrera estudiada en el Centro ELEIA, ya que la formación que estaba buscando era inclinada al psicoanálisis. Posteriormente, su interés por el Acompañamiento Terapéutico lo llevó a estudiar una Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y después un diplomado. Aunque indica que no llevó como tal una formación en Acompañamiento Terapéutico, sí estuvo muy enfocado en aprender del psicoanálisis que, como sabemos, es una de las corrientes de donde surge esta terapia alternativa.

Al respecto de lo anterior, Yáñez (2005) nos dice que la formación académica e inclusive un título profesional no aseguran que el profesional es capaz de satisfacer las demandas que el ejercicio de su profesión le exige. Aunque lo ideal es que lo anterior se cumpla. Vemos que a pesar de que nuestro profesional entrevistado no ha tenido una formación como tal en AT la práctica lo ha llevado donde esta y le ha dado la capacidad de desenvolverse dentro del ámbito profesional.

Además, todos hemos coincidido en que el verdadero aprendizaje se encuentra en el ámbito laboral, cuando llevamos lo aprendido en la escuela, lo teórico a la práctica. Por ello también sería importante comenzar a disminuir la distancia entre la formación profesional y el mundo del trabajo.

4.2 La visión que se tiene del paciente que requiere Acompañamiento Terapéutico

4.2.1 Derechos del paciente en acompañamiento:

En México se ha desarrollado un código de ética que ayuda a regular la conducta del profesional en Psicología, podemos decir que aplica en cualquier ámbito que este se desarrolle, pero especialmente en el área clínica (Código ético del psicólogo, 2007).

Sabemos que este código tiene como objetivo garantizar la protección de los usuarios del servicio psicológico, ya que enuncia normas y valores que deben de seguirse.

Como primer punto, el código nos habla del respeto hacia las personas sin importar sus características, condición o estatus. Dentro de ello entra el respeto a la privacidad y a la libertad personal, así como al trato justo y a la igualdad.

El paciente también tiene derecho a que el programa que será utilizado durante su tratamiento sea diseñado de manera competente y reúna los requisitos necesarios para considerarse viable. Otro de los puntos que consideramos que son de suma importancia es el derecho a la confidencialidad, toda información que sea proporcionada del paciente hacia el Acompañante debe ser usada sólo con fines de apoyo al tratamiento. También es importante mencionar el derecho que tienen a firmar el consentimiento informado al inicio de su tratamiento, que es un documento que explica a grandes rasgos el proceso de la terapia, duración, etc. Y a nosotros como profesionales nos sirve de respaldo para saber que el paciente tiene la capacidad de entender y consentir todo el proceso.

Cabe destacar que cuando se trata de niños menores de edad, quienes firman el consentimiento son padres o tutores. Pero, por ninguna circunstancia debe dejarse de lado.

También vamos a hablar del código de ética profesional desarrollado por la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina, donde se nos mencionan principios similares a los que arriba hemos mencionado.

Hace hincapié en que los pacientes tienen derecho a que se les respete, sin importar el padecimiento, el estatus social, género, creencia religiosa, etc. Y en el derecho al respeto de su privacidad y autonomía.

También tiene derecho a ser informado acerca del modo de trabajo y de cada avance que se tenga, así como de los honorarios y horarios de trabajo.

Entonces, podemos decir que en cualquier parte donde se ejerza la psicología y en cualquier ámbito, nosotros como profesionales debemos cumplir con ciertas normas que ayudan a las personas a sentirse seguras sobre el tratamiento. En la entrevista podemos percatarnos que Adrián tiene presente estas normas y la importancia de hacer valer los derechos de sus usuarios, de hecho, desde un principio nos comentó su deseo de no hablar de sus usuarios ni de ningún caso en particular, es decir, ejerció el derecho a la privacidad y confidencialidad de cada uno de ellos. Por consiguiente, más que referirse a casos específicos, Adrián optó por reflexionar junto con nosotras sobre su labor como AT de manera general.

4.2.2 ¿Quién solicita el servicio de acompañamiento?

La familia es el grupo primordial en el cual se desarrolla el paciente, por lo tanto, no se puede dejar de lado o ignorar. Como mencionan los autores Dragotto y Frank (2012) el Acompañamiento Familiar, en el cual participa el paciente, es importante ya que se desarrolla dentro de un ambiente cotidiano. Lo más importante a destacar de este modelo es el tratamiento que se le da a la familia junto con el paciente, lo que nos lleva a tener más de un Acompañante.

Al respecto nuestro entrevistado destaca:

A: ¿Cuál es la importancia? Yo creo que se podría pensar en dos sentidos, eee... una para responder tal cual, la familia siempre es importante, a veces más, a veces menos, pero siempre tiene una importancia. No se puede dejar de lado a la familia, no se puede ignorar. Aunque la familia tal vez no esté, pero siempre hay conductas que son producto de la dinámica familiar ¿no?, por eso no se puede ignorar la familia, aunque la familia ya no esté.

Es interesante revisar que no es necesaria la presencia de la familia con el paciente, las dinámicas familiares en las que se desarrolló desencadenan patrones de conducta que se observarán o se harán presentes en el futuro.

La mayoría de los casos en que es solicitado el Acompañamiento Terapéutico proviene por parte de la familia o tutores. Schneeroff y Edelstein (2004) en su Manual didáctico sobre acompañamiento terapéutico hablan al respecto: si el AT es solicitado por la familia, es necesario contactarse con un profesional, ya sea quien trata al paciente o en el caso de que no sea tratado, con algún profesional conocido que supervise el caso.

La familia puede tener no solo perspectivas negativas, prejuicios, desánimos, hacia la problemática del paciente, y muchas veces son ellos mismos quienes consciente o inconscientemente propician un clima de discriminación hacia el acompañante. Al respecto nos comenta Adrián:

J: ¿Por qué partes has notado la discriminación al acompañado? por instituciones, por los padres, familia...

A: Por todos lados, pero para mí hay más problema cuando la discriminación viene desde la propia familia, me parece que ahí hay tal vez más, y particularmente los padres.

J: ¿Y en ese caso tú trabajas también esa parte con los padres?

A: Sí, sí, pero... otra vez depende del caso. Hay una premisa fundamental que yo diría, sonaría así:

“Es buscar que el acompañado pueda hacer algo él, buscar algo desde su propia posición activa frente a lo que le pasa, porque no es un sujeto digamos, solamente mmm... digamos “sufriente” no, si no buscar algo que él pueda hacer.

En este sentido, se da la propuesta de lo que se podría hacer cuando percibimos una discriminación activa por parte de familiares o tutores hacia el acompañado, con base al trabajo terapéutico que se ha llevado a cabo, que él utilice las herramientas que se han ido formando durante su proceso para que pueda utilizarlas a su favor:

A: Entonces, en ese sentido es cuando le dices: - ¿Qué sientes que te digan eso? o ¿Qué te gustaría hacer? depende del caso. Pero todas estas preguntas se lanzan como una especie de, digamos, para provocar que algo de la agresividad, de la agresión de la persona salga, que no se quede ahí. Lanzar estas preguntas que también a veces funcionan como provocaciones o para ver qué hace esa persona.

Es decir, darle “voz” a la emoción del paciente, que él mismo pueda identificarlas y darles un nombre cuando están presentes. incluso que pueda elegir, tomar decisiones, poniendo al terapeuta en un lugar de empuje para sacar a flote al paciente de su ostracismo. Es por ello que se activa la noción de provocación, simbolismo que supone una escucha activa, a la vez que la afirmación de que el paciente tiene recursos personales que ya se desarrollaron en el proceso terapéutico que tiene que sacar para resolver sus conflictos.

Por lo tanto, como se cita en Bustos y Frank (2011), la figura del acompañante se encuentra inserta en un equipo (transdisciplinario), el cual efectúa intervenciones abarcando desde el ámbito familiar al comunitario del paciente, de lo particular a lo general, permitiéndonos generar y ampliar las redes de apoyo para las personas que requieren acompañamiento para trabajar sobre sus padecimientos psicológicos.

4.3 Espacios sociales en los que es posible llevar a cabo el Acompañamiento Terapéutico

En el artículo escrito por Rosique, et al. (2014), se menciona que al ser el acompañamiento una práctica socio comunitaria su principal escenario sería la calle, ya que se trata de enfocarse en lo cotidiano. Otro punto por el que menciona que su escenario ideal es la calle es porque esta terapia alternativa fue creada para evitar el encierro en las instituciones psiquiátricas y tener un acercamiento con el exterior, lo que, a su vez, ayude al desarrollo de la autonomía de cada paciente.

Como bien sabemos, los psicólogos comúnmente se desempeñan en el ámbito clínico y brindan el servicio en un espacio “cerrado” llamado consultorio o también suele realizarse dentro de alguna institución, como una escuela, un hospital e incluso en el hogar del paciente y la familia. Lo importante es crear un ambiente de confianza para el paciente y que, aunque se trabaje en un lugar “cerrado” o en el ámbito institucional se tenga la apertura con el exterior y se fomente el desarrollo del paciente con su entorno.

Cabe destacar que según el espacio donde se desempeñe, es necesario que el acompañante cumpla con ciertas disposiciones que le ayuden a brindar un trabajo de calidad. Dragotto y Frank (2012) nos presentan las siguientes formas en las que puede desarrollarse un acompañante:

A. Acompañamiento institucional: El trabajo se desarrolla dentro de una institución, y pueden ser escuelas, hospitales, psiquiátricos, centros terapéuticos, etc. La ventaja de trabajar en estos centros es la posibilidad de un acompañamiento grupal y de estimular el acercamiento con los pares. También se llegan a desarrollar talleres que ayuden a evitar la exclusión del paciente.

B. Acompañamiento ambulatorio: Aquí el trabajo se realiza en la cotidianidad del paciente, es decir, el escenario principal es la comunidad. Generalmente se llega a trabajar desde el consultorio del acompañante y es éste quien define horario y frecuencia de cada sesión, tomando en cuenta las necesidades del paciente.

C. Internaciones domiciliarias: Aquí el trabajo se realiza directamente en el hogar del paciente, generalmente se cubren las 24 hrs. del día cubriendo diferentes turnos. Todo depende de las necesidades del caso.

Dragotto y Frank (2012) exponen el caso de un tratamiento realizado en una institución académica, donde podremos darnos cuenta de los lugares que comúnmente se ocupan al dar el servicio: La paciente “N” padece psicosis y sus estudios los cursa en una escuela especial. Además de recibir otros tratamientos se decidió aplicar el Acompañamiento con el fin de ayudar en la integración social con sus compañeros. Para llevar el trabajo con eficiencia fue

necesario que el acompañante asistiera a la paciente tanto dentro como fuera del aula. Previamente se tiene una plática con padres, académicos y compañeros, para que las condiciones dentro y fuera del aula puedan ser adaptadas.

Cabe destacar que quien funge como acompañante debe conocer bien al paciente, ya que una de sus labores principales es comprender las reacciones de su acompañado y saber cómo manejarlas para así anticipar cualquier frustración.

Además, es de suma importancia trabajar junto con un equipo interdisciplinario, sin importar el lugar donde la terapia se lleve a cabo, los dos últimos puntos son sumamente necesarios. En el caso que estamos mencionando, después que se afianzó la socialización en la escuela, se comenzó con salidas que favorecieron el acercamiento con niños de su edad, pero de otro entorno, es decir, el trabajo se redireccionó a la calle.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que no existe el “espacio ideal” donde llevar a cabo la terapia, sino las condiciones. Recordemos que el objetivo de esta terapia es eliminar el encierro y etiquetamiento que se da en un centro psiquiátrico.

4.4 Diferencias entre un paciente que puede recibir Acompañamiento Terapéutico y uno que debe permanecer institucionalizado

Saenz (2000) considera que el campo del acompañamiento se ubica con relación a pacientes con riesgo suicida, adictos, anorexia, bulimia, depresión, psicosis, fobias, ancianos socialmente aislados o pacientes que presentan dificultad en la dirección de un tratamiento o cuando el mismo no es suficiente. Por lo que entendemos que hay una diversidad de casos que ameritan el Acompañamiento Terapéutico.

Siguiendo en esta línea, Téllez y Saturno (2013) mencionan que al acompañamiento psicológico asisten personas que tienen que resolver un conflicto puntual, mejorar sus relaciones interpersonales, etc.

El objetivo del acompañamiento es ayudar a la reinserción del paciente en sus diferentes círculos: la escuela, la familia, el trabajo, es decir en sus actividades diarias. Por eso es

importante que cumpla con ciertas características para que sea efectivo. A continuación, las características serán mencionadas:

- Estar en un tratamiento inicial, ya sea psicológico o psiquiátrico, según sea su necesidad.
- Ser una persona con su locus de control interno desarrollado, es decir, que sus motivadores sean autónomos y que su control externo sea mínimo.
- Que conozca su condición, que sepa qué es lo que está pasando a su alrededor.

Las características arriba mencionadas son principios generales. Recordemos que cada uno de nosotros somos diferentes y que los padecimientos emocionales también lo son, así que el tratamiento a seguir siempre va a depender tanto de la personalidad del paciente como del padecimiento del que se esté hablando.

4.5 Aspectos formativos en el acompañamiento terapéutico: las partes positivas y las partes de impacto emocional negativo

Como todo proceso terapéutico el AT contiene lados positivos y negativos a considerarse durante la práctica. Comenzaremos con los aspectos negativos.

Es importante analizar cómo en algunos casos la visión que tiene el psicólogo (AT) del acompañado en su proceso terapéutico es positivo. Esto le permite sentir que puede ayudarlo y lograr cambios significativos en él; sin embargo, puede toparse con una barrera en la que la familia no mantiene un apoyo emocional o tiene una perspectiva negativa del acompañado y eso limita avances en el proceso terapéutico, a continuación, un ejemplo que se pudo observar durante la entrevista a Adrián quien comenta el caso de un adolescente al que estaba acompañando y buscó darle voz ante su familia:

A: Bueno, la cosa es que después de esto, finalmente ahí llegó un momento como de ruptura con todo esto que estaba pasando la familia que finalmente a partir de esta experiencia, que fue muy dura, y generalmente así pasa con pacientes que están en

situaciones graves. Después de eso corrió unos momentos de, digamos, muchísimo progreso en todos los sentidos, tanto de la expresión de lo que él podía decir, él poder ponerle palabras a cosas que sentía en relación con su familia, y comenzó a enfocarse más en sus tareas escolares para ingresar a una universidad que él quería. Porque, además, era un chico muy brillante, es un chico muy brillante. Siempre al final de los acompañamientos hay una experiencia muy grata donde uno hace una especie de balance, entre lo que encontró al inicio y si algo se reordenó. Eso siempre es algo muy grato, ya sea en compañía de un analista, de un psiquiatra.

Otro de los aspectos centrales que Adrián considera que puede crear conflictos para que entre en marcha el acompañamiento Terapéutico es el relativo a la solicitud de trabajar con el paciente por parte de los integrantes de la familia:

A: La primera dificultad con la que yo me he topado es la de aclarar todas las demandas, porque como acompañante te enfrentas tanto a la demanda de quién la hace, quién demanda el acompañamiento. Y después de eso, juntar todas esas demandas, y ver cómo uno va malabareando todo eso, y ver si en el acompañado surge algo.

En este caso podemos observar que Adrián emplea la noción de “demanda” del servicio de acompañamiento, estamos hablando de la asignación a una o más personas que hacen un “reconocimiento” de un problema de salud. En su mayoría, como revisamos en el apartado de arriba, se trata de la familia o tutores quienes requieren del servicio de un acompañante terapéutico.

De igual manera, Adrián reconoce que en una dinámica familiar puede haber varias demandas, la de quien solicita el servicio que es una demanda explícita, y también la de los otros miembros de la familia que esperan determinados cambios en el paciente. Por eso la importancia de conocer las demandas en juego y decidir los diversos campos de intervención que requiere el paciente. Así, el acompañante tiene que familiarizarse tanto con el paciente, como con los miembros que integran la familia y las dinámicas de interrelación social, moral, emocional, religiosa, y demás que se encuentren presentes.

Al respecto, Chévez (2017) afirma que la intervención del AT sólo cobrará sentido si proporciona al acompañado el encuentro de su propio día a día, su propia organización, su propio espacio y tiempo, su autonomía, todo a su propio ritmo y, como ya se mencionó anteriormente, para eso es necesario tener en cuenta las necesidades, el repertorio del acompañado y su dinámica familiar o social.

Ahora nos gustaría rescatar las ventajas a considerar durante el AT. En la entrevista con Adrián pudimos rescatar los siguientes aspectos como ventajosos y fructíferos en la práctica:

A: Es una labor donde uno aprende muchísimo clínicamente. Yo personalmente es de donde más ojo clínico he agarrado, porque uno ve a la locura, bueno casos como la anorexia, con la bulimia, con todas estas cosas trabajando directamente y se entiende una particularidad, si se puede decir.

Es decir, Adrián identifica el AT como un campo de formación para la clínica muy enriquecedor e importante, haciendo referencia que ahí es donde más “ojo” clínico desarrolla. Quizá porque tiene que contemplar tanto los aspectos del paciente como de la dinámica familiar, y eso le permite una visión de conjunto. Justamente, ser acompañante terapéutico de una persona fuera de una institución le permite al psicólogo una labor distinta:

A: Una, yo creo que sería la sensación de libertad que el acompañado tiene. No es lo mismo estar en un hospital psiquiátrico institucionalizado a estar libre. Eso lo cambia para mí todo, no quiere decir que yo desprecie la institucionalización, lamentablemente hay casos donde sí se necesita ¿no?...

Adrián distingue los casos de afectación a la salud mental en los cuales se requiere institucionalización dado que él visualiza a los pacientes con personas con recursos personales para enfrentar la vida. Le entristecen los casos que reconoce que deben estar institucionalizados por la gravedad de la condición de cada paciente. Su trayectoria profesional como terapeuta colinda con la psiquiatría institucional. Hemos visto en nuestros antecedentes teóricos, que la antipsiquiatría cuestiona la existencia de las instituciones

mentales y sus procedimientos, donde el AT surge con la necesidad de priorizar la singularidad y evitando la estigmatización y la cronificación de su enfermedad (Kuras , 2011, como se cita en Crosara, 2015).

Sin embargo, Adrián nos muestra, a través de su experiencia, que existen casos en los cuales el paciente no puede estar libre, suponemos que es debido a que pueden atentar contra su integridad personal o de los miembros de su familia, o bien porque no son capaces de valerse por ellos mismos.

Es importante recalcar que al realizar la comparación Adrián explica que el AT le ofrece al paciente la libertad de tener voz, de aprender a elegir, de cambiar su mundo de participación, aunque tenga capacidades limitadas para ello. Así, el AT tiene las ventajas no solo de ofrecer un campo rico de formación para los psicólogos, sino también para los propios pacientes y darles la oportunidad de no estar confinados todo el tiempo en su casa:

A: A propósito...yo creo que es de las satisfacciones más grandes está la de que el acompañado se deje acompañar y que él pide ser acompañado, me parece que de inicio ya estamos del otro lado.

En conclusión, podemos mencionar como punto ventajoso que el terapeuta tiene la oportunidad de entrar en contacto con el mundo de vida del paciente, a diferencia del campo clínico donde solo se observa lo que pase durante la sesión en el consultorio. Así el psicólogo lo acompaña en actividades y escucha a los miembros de su familia, tutores o redes de apoyo en conjunto, expandiendo el panorama de acción, fortaleciendo lazos transdisciplinarios más amplio y esto a su vez le permite al terapeuta intervenir de una manera eficaz.

4.6 Sugerencias para que los psicólogos se formen como AT

Como habíamos mencionado en el Capítulo anterior, los autores Schneeroff y Edelstein (2004) en su Manual didáctico sobre acompañamiento terapéutico, rescatan las habilidades que se requieren para un acompañante, entre ellas nos gustaría rescatar las siguientes:

1. Conocimiento previo del caso

El conocimiento previo del paciente a través de informes médicos, expedientes, información que ofrecen los miembros de la familia, dará una ventaja al acompañante para que tenga una noción sobre los recursos terapéuticos que deberá utilizar o poder revisar contenidos que le podrán ser de utilidad.

1. Marcación “hombro a hombro”: no sólo con la acción sino también con la palabra. Este es un tema que Adrián enfatiza:

A: En todos los acompañamientos, desde donde lo veas, el contacto físico es fundamental, pero.... lo que cambia es la claridad. Cada uno percibe cosas similares y hay ciertas constantes en el acompañamiento, en todas siempre la contención es física, sobre todo por ejemplo con los niños autistas ...y hay veces donde se sobrepasa y uno tiene que agarrar a la persona y hacerle sentir el tono muscular de las personas...

El contacto físico entre acompañado y acompañante dependerá de la condición y necesidades del paciente, y eso es algo que prevalecerá en la mayoría de los acompañamientos terapéuticos.

La estrategia de contención física que nos menciona, no solo se refiere a abrazar al paciente para que se calme, sino que hay un sustrato teórico en el que Adrián menciona la importancia del tono muscular: el contacto físico para estar cuerpo a cuerpo con el paciente y marcarle un límite de movimiento.

Esta contención se usaba desde tiempos antiguos, habitualmente usaban la inmovilización con cadenas que cambio a partir del siglo XX con las declaraciones ético-legales que se dieron en Europa.

Actualmente la OMS define a la contención física como “un método extraordinario con finalidad terapéutica que solo resultara tolerable ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros”.

Esta contención, busca la restricción de movimientos del cuerpo del paciente para prevenir auto lesiones y es una medida de último recurso.

Finalmente, es importante recalcar, como menciona Frank (2017), la creación de una red de apoyo que se establece entre el acompañante, el psiquiatra, el coordinador (mediador), el analista del acompañante, el acompañado, la familia, su entorno, vecinos, amigos, colegas, etc. Al respecto Adrián también reflexiona:

A: Tanto el psicólogo como el acompañante no pueden ir solamente con la teoría, es interesante la teoría, pero...necesitamos la práctica, hablo de tener el contacto. Por eso es que se le conoce al psicoanálisis como práctica psicoanalítica, se piensa como una práctica, una práctica de tu caso, siempre pensar tu caso y ver qué de la teoría puede servir, no ajustar el caso a la teoría.

De esta manera, Adrián enfatiza que la postura psicoanalítica no es una postura teórica sino una práctica, y se crea una relación muy íntima entre AT y psicoanálisis porque ambas se desarrollan en la práctica. La primera en el día a día del paciente y en su ambiente familiar, la segunda en la estrategia de la escucha y el surgimiento de la voz del paciente.

En conclusión, si un profesional desea dedicarse a formarse como un Acompañante terapéutico es deseable haber tenido una formación especializada en ese campo. También es importante tener presente que debe continuar su formación, actualizando con nuevas técnicas clínicas y materiales didácticos, identificando a trabajar desde una perspectiva disciplinaria.

Conclusiones

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala nos formó en varias ramas de la psicología, como el ámbito de la salud, organizacional, educativo y el clínico. Tuvimos nuestras prácticas en diversas organizaciones y en la misma facultad, pudimos ver de cerca un poco de lo que es el Acompañamiento Terapéutico (AT) y en ese entonces no teníamos idea de que ése era su nombre. Fue a raíz de estas prácticas que tomamos la decisión de profundizar en el área clínica, y desarrollar nuestra tesis sobre el AT.

Realmente no sabíamos mucho del tema, nos comenzó a apasionar cada teoría relacionada con la psicología y fuimos indagando acerca de los antecedentes del AT, donde descubrimos que la base de este tratamiento se encuentra en la teoría psicoanalítica desarrollada por Sigmund Freud.

Elaborando esta tesis nos remontamos a los primeros años de la psicología como ciencia, conocimos su surgimiento y las batallas que tuvo que librar para ser reconocida. Antes de elaborarla sabíamos acerca de la existencia de la psiquiatría como método para “curar” la locura, o como la conocemos hoy en día, los padecimientos mentales, pero no conocíamos la lucha que hubo entre la psiquiatría como método clásico y el AT, ni teníamos idea de las ventajas y desventajas de ambos métodos. Nuestra tesis comienza a desarrollarse desde los comienzos del AT hasta cómo se maneja en la actualidad. Tener la visión global del método, desde sus inicios, hasta la actualidad nos permitió además de enriquecer nuestro conocimiento, elaborar un trabajo más completo.

Gracias a diferentes libros, artículos y entrevista con quien se desempeña dentro del área fue que pudimos desarrollar esta tesis y llegar a las conclusiones que se mencionan enseguida.

Como primer punto podemos concluir que a pesar de los avances que ha tenido la ciencia psicológica y el fortalecimiento del AT frente al método clásico de internamiento psiquiátrico, los prejuicios en contra de los padecimientos mentales continúan. En un inicio las personas que eran diagnosticadas con un padecimiento mental eran aisladas, de ahí surgió el internamiento psiquiátrico, pero con el tiempo los profesionales de la salud comenzaron a

darse cuenta de que el aislamiento no era la mejor opción y comenzó el tratamiento desde casa, que es el AT, donde su objetivo principal es tratar al paciente desde su entorno social y familiar, apoyándose de familiares, amigos, vecinos, etc. La teoría nos dice que el etiquetamiento y aislamiento de estas personas es cada vez menos gracias a las nuevas normas de inclusión y al desarrollo de tratamientos que promuevan la misma, pero la realidad es que este tipo de padecimientos mentales sigue siendo hasta en ocasiones motivo de burla y abandono por parte de la familia que muchas veces no sabe cómo tratar a su familiar.

Por otro lado, Adrián en la entrevista, nos mencionaba que muchas veces lo más complicado de trabajar el AT es la familia cercana y el primer acercamiento con los padres que son el pilar principal de este tratamiento. Es la familia quien decide ingresar al paciente a la institución, ya sea por miedo al no saber qué es lo que enfrenta o por no poder/querer adquirir la responsabilidad del cuidado.

Dentro de esta vinculación que el psicólogo tiene que lograr del paciente con todo el entorno social y afectivo del acompañado nos podemos enfrentar a obstáculos para darles “voz a los pacientes” en cuanto a sus necesidades desde un entorno social, afectivo, educativo, clínico, laboral, pues nos seguimos encontrando con prejuicios que tendrán que reconstruirse desde el mismo núcleo familiar del paciente. México continúa siendo un país con mayor discriminación hacia los padecimientos mentales y la mala noticia es que la tercera parte de su población es diagnosticada con alguna enfermedad mental, lo que lleva al paciente y/o la familia a esconderse y, por ende, a no recibir un tratamiento adecuado.

Además nos gustaría recalcar el alcance del Acompañamiento Terapéutico, pues no solo es un dispositivo que es útil en la psiquiatría, también es una herramienta que podemos incorporar en diferentes ámbitos, uno de ellos es el ámbito de la Educación Especial, pero también es funcional en hospitales, y otras áreas donde exista una persona denominada paciente. Además hay que hacer hincapié en la importancia de tener una adecuada contención hacia el paciente, la posibilidad de construir alianzas y redes de apoyo con otros especialistas del área de la salud y lograr una continuidad de un AT realmente eficaz, tanto para el Acompañado, como para sus tutores y su entorno social.

El Acompañamiento Terapéutico (AT) es considerado el tratamiento que se basa en la reincorporación familiar y social, tratando de evitar la institucionalización psiquiátrica. Podemos decir que es un método más “humano”, ya que se enfoca en ver al paciente primero como persona y después como alguien que requiere de la ayuda.

Estamos en total acuerdo con el autor Ledesma (2013) donde menciona al Acompañamiento Terapéutico como un dispositivo que podríamos llamar de externación asistida, pues como lo planteamos en esta tesis, nos permite tener una modalidad de atención fuera de los muros de las instituciones psiquiátricas. Estamos hablando que tiene la fluidez de poder realizarse desde el domicilio del acompañado o en los centros donde esté ingresado, entendiéndolo como que cada caso será personalizado, no tendremos ningún acompañado en las mismas circunstancias sociales.

Otras de las ventajas que vimos en este tratamiento fue la posibilidad que se tiene de realizar un trabajo interdisciplinario, es decir, no solo se necesita al especialista en psicología, sino también al psiquiatra, al especialista en medicina, al educador y, muy importante, la familia. Se puede decir que esta última funge uno de los papeles más importantes dentro del AT.

Las habilidades que maneja el psicólogo en esta área serán tan diversas y encajarán desde estar teniendo un acompañamiento en salidas de ocio, visitas familiares, citas médicas, gestiones, actividades educativas, de reinserción laboral, entre otras. Es decir, tener que involucrarte desde una perspectiva individual-comunitaria, entendiéndolo como un “todo”, puesto que el Psicólogo tendrá que ser capaz de brindar la atención clínica y contención a sus pacientes, pero sin dejar de lado un apoyo integral a sus familias o tutores, que en general se encuentran dispersos en el tema ante la situación de convivir con alguien que tiene que recurrir a un AT. Entonces si analizamos la interrogante del ¿Por qué y para qué en el plan de estudios de la carrera de psicología sería deseable que se incluya información teórica y metodológica sobre AT? responderíamos que es necesario que en la Universidad nos formen desde la parte teórica con las habilidades necesarias para enfrentarnos a este ámbito laboral, pero entendiendo la gran importancia de tener prácticas que permitan desarrollar nuestras

aptitudes y descubrir los conocimientos que hemos sembrado a lo largo de nuestra trayectoria escolar como útiles en la práctica laboral.

Así, poco a poco, el AT en México estaría creciendo, desde la implementación de documentos científicos-teóricos hasta incluso la creación de nuevas instituciones que manejen este dispositivo como una bandera a seguir en su tratamiento con los pacientes, y tener una plantilla laboral en la cual estaríamos incluyendo a: médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales y demás especialistas que puedan aportar diferentes perspectivas para mejorar las condiciones no solo de salud sino también las socio-culturales.

Nos gustaría concluir mencionando que en México actualmente existen muy pocas instituciones conocidas que ya plantean el AT, incluso en la carrera profesional de Psicología no existe como tal la materia o plan de estudios donde definan las habilidades y conocimientos clarificados para formar profesionales en esta área pues, como se revisó en la entrevista, será en la práctica donde fortaleceremos estos conocimientos que nos fueron brindados en la Universidad.

Asimismo, ahora el AT tiene que enfrentar nuevas modalidades con sus pacientes por cuestiones Socio-Biológicas, como ejemplo: “Coronavirus” donde abrimos interrogantes para nuevas investigaciones ¿Con qué población se puede realizar un AT virtual? ¿Es efectivo? ¿Se puede sustituir la contención corporal? ¿El AT solo puede ser presencial? y demás incógnitas que nos vienen surgiendo en la mente, que tendrán que trabajarse en un futuro, pues comprendemos que estamos viviendo condiciones biológicas y sociales como esta pandemia, que bien puede ser la primera de varias. Nuestra labor como profesionales de la salud psicológica será encontrar armas y herramientas científicas y eficaces para nuestro tratamiento.

Referencias bibliográficas

- Anduaga, J. J. C. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19 (1), 8-13.
- Basaglia, F. et al. (1978) *La institución psiquiátrica de la violencia. En razón, locura y sociedad* (pp.15-34). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Benassini, B. F. (2001, 6 diciembre). *La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI*. medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016h.pdf>
- Bernal, O. (2018). *Cuidar un familiar con diagnóstico psiquiátrico: narrativas sobre el bienestar psicológico que emergen a través de la psicoterapia sistémica*. Trabajo de Grado Maestría en Psicología Clínica: enfoque sistémico. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C.
- Bustos, I. (1993) *Psiquiatría forense*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Derecho. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Acatlán, Estado de México.
- Bustos, G. y Frank, M. (2011). *Acompañamiento terapéutico, innovaciones en la clínica, inscripción institucional*. Buenos Aires: Dunken.
- Campos, R. (1998) La Teoría de la Degeneración y la Medicina Social en España en el cambio del siglo. *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 41(21), 333-356.
- Campos Marín, R. (1999). La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920). *Asclepio*, 51(1), 185–203. <https://doi.org/10.3989/asclepio.1999.v51.i1.328>
- Carmona de la Peña, F., Montañó, G., Carrión, J., y Aguilar Monteverde, A. (1970). *El milagro mexicano*. Universidad Nacional Autónoma de México, RU-Económicas. Repositorio universitario. <http://ru.iiec.unam.mx/2316/>
- Caycedo, M., & Jiménez, K. O. (2009). Intervención psicológica única multifamiliar en la Unidad de Cuidado Agudo de una clínica psiquiátrica. *Revista Ciencias de la Salud*, 7(3), 29.40.
- Chávez, A. et.al. (2017) *Acompañamiento terapéutico, innovaciones en la clínica*. Córdoba, Argentina: Inscripción institucional.
- Chávez, A. (2017). *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las fronteras* (1.ª ed.) [Libro electrónico].Brujas.http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_cons

ulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Libro-Acompa%C3%B1amiento-Terapeutico.pdf#page=67

- Crosara, F. (2015). *Acompañamiento terapéutico: rehabilitación psico-social en pacientes con esquizofrenia*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de la República Uruguay, Montevideo.
- Dell'Acqua, P. (2012) *Desde el manicomio. Hacia los servicios de salud mental en el territorio*. IDEASS Innovación para el desarrollo y la cooperación Sur. Recuperado de: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- Dosil Mancilla, F. J. (2019). La locura como acción política. El movimiento anti psiquiátrico en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1), 628-642 <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/69164>
- Frank, M. L., Costa, M., & Hernández, D. (2017). *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las fronteras* (1.^a ed.) [Libro electrónico]. Editorial Brujas. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Libro-Acompa%C3%B1amiento-Terapeutico.pdf#page=67
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Nacimiento de la prisión, El arte de las distribuciones (pp. 130-137). Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Frati, B. y Perlo, Y. S. (2000) Ante un límite en la práctica, un nuevo recurso: el acompañamiento terapéutico. *Revista Acheronta*, núm. 11 <https://www.acheronta.org/pdf/acheronta11.pdf>
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médico Sociales*, 23 pp. 1-7.
- García, A. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, Vol. 14, núm. 3. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid. España.
- González, E., & Comelles, J. M. (comps.) (2000). *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González-Salas, I. C., Bustamante-Rojano, J. J., Jiménez-Correa, U., y Gámez-Mier, C. H. (2014). Psiquiatría de Enlace. Experiencia en el Hospital General de México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, pp.142-149
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1(1), 9-36.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2015). *Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México*. Gobierno de la República. Dirección de Estadística. Rescatado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf

- Kuras, M. y Resnizky, S. (2011). *El acompañante terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva
- Laing, R. (1969). *Estudio de la familia y de los contextos sociales en relación con la "Esquizofrenia"*. El cuestionamiento de la familia (pp. 59-78). Buenos Aires: Paidós
- Ledesma, L. C. (2013). *Senderos clínicos del acompañamiento terapéutico*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. <https://es.scribd.com/document/328319650/Ledesma-2013-Senderos-clinicos-del-AT-pdf>
- Macías, M. (2013). El acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica. Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (4). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/43698>
- Madrid, J. C. C. (2016). *Materiales para una historia de la antipsiquiatría: Balance y perspectivas*. Teoría y crítica de la Psicología. <http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/159> pp 169-182
- Mauer, S. y Resnizky, S. (2004) *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-Clínica* (2ª. Ed.). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva
- Manual del Residente en Psiquiatría. (2009) Sociedad Española de Psiquiatría. Tomo I Madrid. Rescatado de: http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf
- Morales, O. (2003). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. En E. Norelkys y A. Rincón (Eds.), *Manual para la elaboración y presentación de la monografía*. pp.20. Mérida, Venezuela: Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes.
- Molina, A. (2016). *El rol del psicólogo en un hospital psiquiátrico*. Universidad Arturo Michelena. Venezuela. http://www.academia.edu/26151479/Papel_del_Psic%C3%B3logo_en_un_hospital_psiqui%C3%A1trico
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. INCYTU. (2018). *Salud mental en México*. (Número 007). Recuperado de: https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Pastor, J. y Ovejero, A. (2009). Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (2-3), 293-299.

- Peña Vera, T., & Pirela Morillo, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Información, Cultura y Sociedad*, (16), 55-81. <https://doi.org/10.34096/ics.i16.869>
- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15 (2), 233-255.
- Pozas, R. (2018). Los años sesenta en México: la gestación del movimiento social de 1968. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 63 (234), 111-132.
- Programa de Acción Específico de Salud Mental. (2013-2018). Programa Sectorial de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Pulice, G. (2011). Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva.
- Reos, F. (2017). *Ética y Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Rosique, M., González, V. y Sanz, T. (2014). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital psiquiátrico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (123), 583-587.
- Schneeroff, S, y Edelstein, S. (2004). *Manual didáctico sobre acompañamiento terapéutico*. Editorial Akadia.
- Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la Psiquiatría en México. De la Hagiografía a la historia posmoderna. *Revista Frenia*, V (1), 9-33.
- Sanjurjo Castelao, Gabriel, & Paz Ranz, Saray De. (2013). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 81-94. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000100006>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético del Psicólogo*. 4ª. Edición. México: Editorial Trillas.
- Straniero, C., Tosi, C. y Luna. M. (2016) *Psicología y compromiso social*. Mendoza, Argentina: Federación de Psicólogos de la República Argentina.
- Vargas, T. J. y Dorony, S. L. (2013). *Psicoterapia y acompañamiento: Un análisis Conceptual desde el humanismo y la teoría de la autodeterminación*. *Revista de Psicología G-PU*, 4 (2), https://drive.google.com/file/d/0B_amNUZGjsD9R3hTd2REYmt5LUU/view

Yáñez G, J. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis preliminar. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 85-93.

ANEXO I

La presente entrevista se llevó a cabo el jueves 25 de junio del 2020 a las 16:00 hrs. Se tenía planeada una entrevista presencial, sin embargo por el tema de la contingencia no se pudo realizar de esta manera. contactamos al entrevistador unas semanas antes vía whatsapp y acordamos con él la fecha y la hora, de igual manera se llegó a un acuerdo sobre la plataforma que se utilizaría para llevar a cabo la video-entrevista.

En este caso hicimos uso de la plataforma ZOOM, pero, tuvimos problemas con la conectividad, es por ello que aunque somos 2 entrevistadoras, únicamente Jeniffer Vite fue quien realizó las preguntas, esto con la finalidad de hacer más fluida la entrevista y evitar los cortes debido a la falla de internet.

Participantes:

Entrevistadora (J): Jeniffer Vite Sánchez

Entrevistadora (K): Karen Monserrath Peña Solis

Entrevistado (A): Adrian Manuel Aguilar Duplo

A: Bueno, pues mucho gusto, yo soy, yo soy Adrian Manuel Aguilar Duplo, eh nada más quisiera comentarte otra cosa a ti Jen. Le comentaba a Karen por teléfono que yo tenía un poco la preocupación, digamos si es que llega a haber alguna pregunta sobre algún caso en específico y demás que he la grabación.. Ella me comenta que ustedes tienen como muy claro

J: aja

A: que la grabación la hacen digamos con fines estrictamente eh... para la tesis, didácticos, ¿No?, pero eh ... bueno les pido si como mucha discreción no, si llega a haber como cualquier comentario y también un poquito como por algo de temor escénico digamos que no se llegue a publicar como algo de lo que acá decimos en, pues sobre todo en redes sociales ¿no?

J: Si, si si, nosotros ... por supuesto,

A: Ok!

J: No te preocupes, este, nosotras entendemos perfectamente y este si, solamente pues lo hacemos más que nada para que nos sea más fácil la transcripción ¿Ok?

A: Ok!

J: Bueno entonces Adrián, ¿Nos podrías regalar, bueno decir cual es tu edad?

(pequeña pausa de 5 segundos)

A: Tengo 37 años, si acabo de cumplir 37 años

J: Ok!

A: ya me confundí un poco (usa un tono más bajo, como si no estuviera dirigiéndose a nosotras), sí, 37 años tengo

J: Y... ¿Qué profesión estudiaste? y ¿En donde?

A: Yo, estude inicialmente psicología, estude inicialmente psicología, en centro ELEIA eee ... yo, bueno, yo soy de la ciudad de León Guanajuato, me vine particularmente a estudiar ahí ¿No? emmmm ... porque tenía una orientación como más psicoanalítica y era digamos algo que estaba buscando eee... porque yo tenía como la curiosidad desde el inicio de estudiar clínica ¿no? a mi no me llamó mucho la atención eee... lo laboral ni todo esto otro ¿no? eeee pero entonces, supe de la orientación que tenía mucho Centro ELEIA y me fui ahí a estudiar. eeee Después de eso hice, mientras estaba en la carrera hice una formación en psicomotricidad Aucouturier, que es un tipo de psicomotricidad francés eee .. con fundamentos igual como, digamos un entendimiento psicoanalítico. Después de eso hice una maestría en psicoterapia psicoanalítica en el CiES (pausa de 5 seg) y... estoy, bueno el año pasado terminé un doctorado en investigación psicoanalítica en esa misma institución, en el CiES.

Intermedio a eso para serles franco yo no hice una formación como acompañante terapéutico como tal ¿No? porque se suelen cómo divulgar ciertas formaciones o diplomados o etc., pero, yo no tuve una formación (aclara su garganta) digamos formal y mucho menos institucional de acompañamiento, además de que no suele haber una formación como institucional, me parece que la UNAM tiene unos planes interesantes de hacer ¿No? sino es que ya lo hizo, pero, eee... más bien yo me junte con colegas que estaban interesados justo en el tema de psicosis de... para... y digamos con todos los tratamientos y de hecho por mi interés a la psicosis es que surge el interés hacia el Acompañamiento Terapéutico como un posible tratamiento en conjunto.

Bueno eso ha sido, no se si se me escapa algo, pero eso ha sido lo... mis estudios en general.

J: Ok! entonces a ti te empieza a interesar esto del A.T. por el tema de la psicosis?

A: si, exactamente.

J: Ok! entonces tu como podrías definir a él A.T.? Al Acompañamiento Terapéutico.

J: ¿Cómo lo definirías tu?

A: mmm (pequeña pausa) la cosa es que justo... bueno, no puedo definirlo yo sin digamos subirme a los hombros de personas que han escrito sobre eso ¿No? porque es algo

que tengo muy eeee.... pues digamos muy en la punta de la lengua. Yo, a mi me gusta una definición más o menos que define un poco el Acompañamiento Terapéutico como, no solo un dispositivo ¿No? que se podría pensar como un dispositivo para tratar digamos pacientes ambulatorios ¿No? en todo esto que se refiere a la institucionalización, yo más bien lo definiría como un grupo de dispositivos, porque si ustedes se dan cuenta es más bien... El Acompañamiento Terapéutico se piensa desde incluso distintas corrientes ¿No? Incluso desde lo Cognitivo Conductual, desde... bueno, me parece que los Humanistas no, pero en el Psicoanálisis que es fundamentalmente desde donde surge, ahí incluso hay como muchas aproximaciones. Entonces bueno, para ser más concreto, como un grupo de dispositivos para digamos, para dar con pacientes ambulatorios sin esta necesidad de que estén institucionalizados ¿No? O sea que no estén hospitalizados, que bueno, porque la verdad me parece que justo la propuesta del Acompañamiento Terapéutico así como un modo alternativo con todo esto de lo que se pensaba como del manicomio ¿No? O los hospitales, los grandes hospitales psiquiátricos, eee... un posible tratamiento no? una, también un dispositivo muy interesante son las casas de medio camino, que se piensa como opción alterna y ahí empieza a surgir muchos acompañantes. Ya me salió un poco de la pregunta, pero bueno, fundamentalmente eso, como un grupo de dispositivos para tratar con pacientes ambulatorios, yo creo que es como la, una definición muy corta que yo podría dar ¿No? para qué, o sea, fundamentalmente rompe con todo esto más tradicional de la institucionalización.

J: Ok! ¿Y en qué ámbitos tú crees puede insertarse un A.T?

A: Se cortó un poquito Jeniffer...

J: ¿En qué ámbitos tú crees que podría insertarse un Acompañamiento?

A: ¿Ámbitos? emmm... a ver si podrías precisar un poquito más a que te refieres con ámbitos

J: Por ejemplo, escolares, este... psiquiátricos ¿En que lugares o en donde podría estar incursionando un acompañante?

A: Yo diría en casi todos ¿No? fundamentalmente yo he hecho tanto en colegios, con chicos con autismo, he hecho en casas, he hecho incluso en hospitales, en asilos, (pausa 3 seg)

En cualquier ámbito yo diría y en casa ¿No? que es un ambiente, bueno, digamos donde es más llamativo o a veces donde hasta un poco más intenso el Acompañamiento Terapéutico en la casa de la persona acompañada.

J: Y tu bajo qué corriente haz estado trabajando el Acompañamiento Terapéutico?

A: Mi manera de aproximarme y de pensar el acompañamiento ha sido psicoanalítica. Desde, pues prácticamente desde el inicio.

J: Ok! Y bueno, nos platicabas un poquito acerca del caso de Pablo, mmm... por ejemplo, bueno, a nosotras nos llamó mucho la atención que actualmente estas trabajando con él ¿Desde hace cuánto tiempo has estado trabajando con Pablo?

A: mmm pues, mucho tiempo con Pablo. Pablo o Pablito como le llamamos, mucho tiempo. Eee... 9 años más o menos

J: OK! Y te informaste sobre él caso de Pablo antes de empezar a trabajar o cómo fue esta aproximación con Pablo

A: Si, mmm si te parece bien voy a reorientar un poquito tu pregunta Jeniffer, si se puede

J: Si, si claro

A: Digamos para no hablar en particular del caso de Pablo, eee.. así, por qué ha sido digamos una constante, eso es en todos, fundamentalmente siempre la persona que demanda el acompañamiento o quien pide el acompañamiento.. pues hay que hacer entrevistas, eee... exhaustivas. Cuando no hay un médico tratante, cuando no hay un psicoanalista tratante, digamos quien haga él pape inicial, entonces lo tiene que hacer él acompañante. Sí, me informé bastante sobre... tanto de la dinámica en casa o digamos sobre todos los asuntos. Cuando es un pequeño al que hay que acompañar es importante no omitir la información de los primeros años de vida y bueno cuando hay algo en particular, digamos como algún asunto medico ¿No? pues es algo, digamos, pues casi obligado de entrarle para conocer, ¿De qué se trata tal síndrome? o en caso de que sea alguna enfermedad. Pero si, si hubo información previa.

J: Ok! ¿Te parece que pongamos el caso de Pablo como ejemplo para las siguientes preguntas o quieres hablarlo en general?

A: Si, me gustaría más bien hablarlo en general Jeniffer,

J: Bien! Nos podrías platicar ¿Qué actividades son las que realizas como AT?

A: Varía caso por caso... no se si haya como una constante... a ver si me puedo apoyar un poquito en Freud porque él dice hay una cosa a tratar caso por caso, hay una fórmula que hay que seguir en todo esto, pero... hay que ver como las singularidades, que es lo necesario ¿no? Generalmente, yo buscaría un espacio como acompañante terapéutico para estar en algún momento a solas y tambien si es necesario en algún otro momento con la familia, es algo de la observación fundamental dejar que las cosas sucedan. Como acompañante terapéutico busco que las cosas sucedan, o sea que la persona haga lo que normalmente hacer, o que proponga algo que le gusta hacer o si no, buscar algo que a esa persona le guste hacer. No se si respondí bien la pregunta Jeniffer, no se si quedo un poco claro.

J: Sí, sí, Me gustaría preguntarte, por ejemplo, ¿Cuál? Se que tienes muchas experiencias, gratas sobre pues todo este tiempo que has estado trabajando, ¿Nos podrías platicar alguna experiencia pues reconfortante de haber sido un acompañante terapéutico?

A: Si, hay muchas. Algo en particular que estén buscando con esta pregunta? Porque hay siempre momentos gratos.

J: Sí, ¿Que aprendiste? ¿Qué te ha dejado algún caso en particular sobre el tema?

A: Sin lugar a duda, para hablar de los momentos gratos hay que hablar de las dificultades no? Yo creo que siempre funciona como una dialéctica.

Todos han sido muy significativos y complicados, de hecho tal vez esa es la premisa, son muy complicados, donde la familia no está pudiendo, donde él hijo no puede o donde el analista no está pudiendo algo. Momentos gratos, siempre van después de pasar alguna dificultad, por ejemplo, no se, recuerdo... Bueno, ahorita con esto recuerdo un paciente ya adolescente, ya a finales de la preparatoria que, digamos con muchos conflictos en familia, conflictos de tipo... de muchísima agresión. Fueron situaciones muy complicadas con relación a los papás que lo llevaron a amenazar con quitarse su vida como a hacerle daño a alguien.

Hubo un momento donde la cosa empezó a escalar después de un tiempo que iba bien. empezó a escalar tras una crisis familiar muy fuerte y de pronto lo que optó la familia fue “vamos a institucionalizarlo” “ vamos a ingresarlo a un hospital psiquiátrico” Además querían ingresarlo en él Fray Bernardino, que si ustedes conocen bueno, que les cuento, terrible, todo lo que pasa ahí. mm justo por este tipo de cosas que digo, tanto mis declaraciones con respecto al hospital Fray Bernardino, no me gustaría que se publicara nada de esto.

J: Si, no no te preocupes.

A: Bueno, la cosa es que después de esto, finalmente ahí llegó un momento como de ruptura con todo esto que estaba pasando la familia que finalmente a partir de esta experiencia que fue muy dura y generalmente así pasa con pacientes que están en situaciones graves. Después de eso corrió un momentos de digamos muchísimo progreso en todos los sentidos, tanto de la expresión de lo que él podía decir, él poder ponerle palabras a cosas que sentía en relación con su familia, y comenzó a enfocarse más en sus tareas escolares para ingresar a una universidad que él quería. Porque además, era un chico muy brillante, es un chico muy brillante. Siempre al final de los acompañamientos hay una experiencia muy grata donde uno hace una especie de balance, como lo encontró y si algo se reordeno. Eso siempre es algo muy grato, ya sea en compañía de un analista, de un psiquiatra.

J: Bien! Ahorita que hablaste acerca de las dificultades ¿A qué dificultades crees que se enfrenta un Acompañante Terapéutico?

A: La primera a la demanda, quien hace la demanda? puede no ser él acompañante, generalmente no es... perdón, a propósito de mi lapsus, él acompañante siempre quiere, pero no siempre, él acompañado no siempre demanda. La persona que está siendo acompañado pocas veces pide ser acompañado. Esta es la primer dificultad a la que yo me he enfrentado de inicio. Porque también te enfrentas a la familia, o para

mi lo más problemático, una demanda que siempre resulta bien problemática es cuando la impone la escuela, eso para mi es una cosa, bueno... porque la escuela de pronto adquirió a veces hasta más poder que los papás; más poder y una especie de digamos cierta vigilancia no? Incluso con este asunto de escuela para padres, que a mi en lo personal me resulta muy problemático pensarlo, además con esas palabras “Escuela para padres”.

Entonces la primer dificultad con la que yo siempre me he topado y además aclarar todas las demandas, porque como acompañante te enfrentas tanto a la demanda de quien la hace, quien demanda el acompañamiento y después de eso juntar todas esas demandas y ver cómo uno va malabareando todo eso y ver si en él acompañado surge algo. Al propósito, la satisfacción yo creo que es de las satisfacciones más grandes está la de que él acompañado se deje acompañar y que él pida ser acompañado, me parece que de inicio ya estamos del otro lado.

J: Si

A: Sigo con las dificultades o?

J: Me parece muy bien esas, Me gustaría aquí...un punto que tomaste fue la familia ¿Cuál es la importancia de involucrar a la familia?

A: ¿Cuál es la importancia? Yo creo que se podría pensar en 2 sentidos, eee... una para responder tal cual, la familia siempre es importante, a veces más a veces menos, pero siempre tiene una importancia. No se puede dejar de lado la familia, no se puede ignorar. Aunque la familia tal vez no esté, pero siempre hay conductas que son producto de la dinámica familiar no? por eso no se puede ignorar la familia, aunque la familia ya no esté, por ejemplo.

Y en el otro sentido, digamos cual es la importancia, también justamente me parece que habría que hacer un movimiento digamos... hay veces que uno necesita poner límites, fundamentalmente a veces la familia...

J: Me parece que se va a cortar la llamada, te parece que volvamos a meternos?

A: Quieres que colguemos ahora y nos volvamos a meter?

J: si, por favor

SE CORTA LA LLAMADA POR EL TIEMPO LIMITADO DE LA APLICACIÓN.

Regresamos a incorporarnos para continuar con la entrevista

(Silencio)

A: Listo chicas, ¿ya me escuchan?

K: Listo! ya estamos otra vez

J: Ya estamos de vuelta

A: Muy bien

J: Bueno, retomando nos quedamos en la parte de la familia, la siguiente pregunta que nos gustaría saber es: ¿En tu experiencia has presenciado algún tipo de discriminación al acompañado?

A: Sí, muchas veces (cabizbajo) muchas veces

J: Ok. ¿Qué medidas has tomado tú cuando llega a pasar esta discriminación? ¿O por qué partes has visto donde se ha notado más esta discriminación?

A: Haber otra vez Jen

J: Sí claro, ¿por qué partes has notado la discriminación al acompañado ? por instituciones, por los padres, familia

A: Por todos lados, pero para mí hay más problema cuando la discriminación viene por desde la propia familia, me parece que ahí hay tal vez más, y particularmente los padres.

J: ¿Y en ese caso tú trabajas también esa parte con los padres?

A: Sí, sí pero... otra vez depende del caso, yo.... perdón. Hay una premisa fundamental que yo diría, sonaría así:

“Es buscar que el acompañado pueda hacer algo él, buscar algo desde su propia posición activa frente a lo que le pasa, porque no es un sujeto digamos, solamente mmm... digamos “sufriente” no, si no buscar algo que él pueda hacer. Entonces en ese sentido es cuando le dices: -¿Que sientes que te digan eso? o ¿Qué te gustaría hacer,no? depende del caso, pero todas estas preguntas se lanzan como una especie digamos para provocar que algo de la, de la agresividad, de la agresión de la persona salga, que no se quede ahí, lanzar estas preguntas que también a veces funcionan como provocaciones o para ver qué hace esa persona.

O me ha tocado desde hacer eso, ó a veces yo ponerme totalmente del lado del acompañante, lanzar una provocación desde afuera y yo respondo por supuesto siempre evitando el conflicto, intento responder siempre con un chiste, oooo no sé ahorita no se me ocurre algún ejemplo, pero así es jugar con eso. No sé que le llamen a la persona o loco, lo que sea, jugar con eso, con las palabras con una finalidad ahí, si es con la familia sobre todo haber si da un giro, para que pueda ser un ambiente diferente paulatinamente, eso hago.

J: Ok, y bueno actualmente ¿Tú cuántos casos tienes acompañando?

A: Fijate que actualmente, ante la pandemia... ninguno. Yo empecé desde los 23..24 años pero apenas hasta hace poco, como unos 5 años fui dejando de hacer acompañamientos, sobre todo porque me parecían muy cansados y desgastantes. Con el único caso que me he quedado es con Pablo, pero ahorita digamos que no, y bueno ahorita el acompañamiento que se hace es vía telefónica, hablando con él sobre como

esta, que me mire, que sonrío, que se conecte conmigo, no cortar el lazo, y también con los familiares.

Casos de acompañamiento solo tengo uno, y eso diario. Pero... he tenido muchos ahorita me estoy dedicando más a la clínica psicoanalítica, el psicoanálisis y a veces psicoterapia, pero acompañamientos por el momento no, me parece que es una labor donde uno aprende muchísimo clínicamente, yo personalmente es de donde más ojo clínico he agarrado, porque uno ve a la locura, bueno esta con la anorexia con la bulimia, con todas estas cosas trabajando directamente y se entiende una particularidad si se puede decir.

J: Muchas gracias! bueno nos gustaría que nos pudieras compartir las ventajas de este acompañamiento terapéutico, eeh bueno contra el modelo de institucionalización. Osea ¿Que ventajas encuentras tú personalmente?

(Silencio, Adrián se toma unos segundos para procesar la pregunta)

A: Una, yo creo que sería la sensación de libertad que el acompañado tiene, no es lo mismo estar en un hospital psiquiátrico institucionalizado a estar libre, eso lo cambia par a mi todo, no quiere decir que yo desprecie la institucionalización , lamentablemente hay casos donde sí se necesita ¿no? donde uno bueno, hay casos así, por supuesto que los hay, no es que el acompañamiento sustituya en todos los casos o quien sabe ¿no? pero....bueno por mi experiencia me he encontrado casos donde dice, bueno ya no puedo hacer nada aquí, no hay nada que hacer (hablando con un sentimiento de tristeza).

Entonces ambas son necesarias incluso, me parece que en el acompañamiento, la institucionalización es el otro lado.

J: Ok bueno...finalmente ¿Tu qué aspectos consideras que deben tomarse en cuenta para la formación de psicólogos que quieran trabajar en un AT?

(Silencio)

A: Otra vez Karen, por favor es que se cortó un poco... Perdón! Jeni es que se cortó

J: Si! claro, ¿Qué aspectos consideras que deberían de tomarse en cuenta en la formación de los próximos psicólogos que quieran trabajar siendo AT?

A: ¿Qué aspectos? (se queda pensando unos segundos) Pues... los aspectos en diversos niveles digamos.

El primero sería el clínico, eeh que tenga un contacto, es una cosa que va de mano con la práctica ¿no?

Otro que que si ya tenga como una formación psicológica, al menos....déjame pensar un poco más la respuesta porque hay veces en las que se piensa como algo solamente terapéutico, como una especie de enfermero.

Digamos al nivel de la formación (silencio unos segundos, Adrián se toma su tiempo para responder) Bueno, siempre el interés es decir conocer a la persona, cual es el interés en el acompañamiento terapéutico, que si este involucrado.

Y que tenga un espacio donde hablar tanto de sus casos, como de cómo se siente porque a veces hay acompañamientos bien fuertes ¿no?

Otra cosa, que digamos una cosa como final, sería tomar en cuenta que la persona pueda plasmar sus intervenciones, que la persona pueda plasmar lo que piensa, lo que siente, un escrito donde él habla de su formación como acompañante, su experiencia de acompañante.

Tanto el psicólogo como el acompañante no puede ir solamente con la teoría, es interesante la teoría pero...necesitamos la práctica, hablo de tener el contacto, por eso es que se le conoce al psicoanálisis como práctica psicoanalítica, se piensa como una práctica, un práctica de tu caso, siempre pensar tu caso y ver que de la teoría puede servir, no ajustar el caso a la teoría.

J: Muy interesante, pues muchísimas gracias Adrian por tu tiempo, por haber podido compartir con nosotras toda tu experiencia qué has venido trabajando ya mucho tiempo. Ehm pues terminamos con las preguntas que teníamos planeadas hacerte, no sé si... Karen ¿quieres comentar algo más?

K: Sí de hecho, me surgió una duda durante la entrevista, una pregunta...tú nos hablas que tu principal enfoque es el psicoanálisis...

A: Ajá

K: Entonces, me gustaria saber ¿que diferencia hay entre llevar el acompañamiento desde el psicoanálisis a otras corrientes?

A: (Silencio unos segundos) Fundamentalmente el entendimiento Karen, la orientación que uno da, incluso desde que corriente psicoanalítico uno hace aproximaciones terapéuticos desde el acompañamiento. El entendimiento digamos....no conozco mucho del entendimiento digamos....cognitivo-conductual ¿no? pero se que va dirigido mucho a sus conductas, como a tener contenciones incluso físico. En todos los acompañamientos desde donde lo veas el contacto físico es fundamental, pero.... en lo que cambia es en la claridad. Cada uno percibe cosas similares y hay ciertas constantes en el acompañamientos, en todas siempre la contención es física, sobre todo por ejemplo con los niños autistas, ehm uno le entra con el cuerpo, o en casos donde hay muchísima violencia uno tiene que entrar con el cuerpo, y hay veces donde se sobrepasa y uno tiene que agarrar a la persona y hacerle sentir el tono muscular de las persona, por ejemplo con las personas que no hablan el contacto físico es fundamental, eso es algo que prevalece en todo los acompañamientos.

(silencio unos segundos)

K: Ok... pues esas considero que serían todas las preguntas y pues agradecemos mucho el tiempo que prestaste para esta entrevista

A: Con mucho gusto Karen, y Jeniffer, con mucho gusto cualquier cosa tienen mi teléfono si por ahí tienen otra pregunta, pueden decirme. También quiero aprovechar incluso para proponerles algo, si ustedes están interesadas en hacer acompañamiento terapéutico yo trabajo a veces con casos de psicosis o casos que digamos no son sencillos desde este punto de vista, y hay veces que requiero acompañantes

¿Ahí me escuchan o se trabó?

J: Sí se escucha bien

K: Sí, si se escucha

(silencio por unos segundos)

A: ¿Hola?

J: Si escuchamos bien la parte que nos comentaste

A: Denme un segundito por favor

K y J: Si

A: Yo no sé porque se trabó pero su video esta como pausado.....

K: ¿Ahí nos puedes escuchar?

La entrevista se terminó

Por medio de WHATSAPP Adrián término de platicarnos su propuesta y nos brindó bibliografía referente al tema.