



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DE MAESTRÍA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

TÍTULO DE LA TESIS:

**El dispositivo de seguimiento, como estrategia de  
intervención terapéutica, en el proceso de rehabilitación de  
pacientes con esquizofrenia.**

**Estudio de caso en Hospital Vilardebó (2014).**

AUTOR: Lic. en Psic. Mónica Rossi de Baeremaeker

TUTORA: Mag. Psic. Alicia Muniz

**Montevideo – Uruguay**

**AÑO 2016**

## PÁGINA DE APROBACIÓN

### FACULTAD DE PSICOLOGÍA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Tesis de Investigación:

**Título: “El Dispositivo de seguimiento, como estrategia de intervención terapéutica, en el proceso de rehabilitación de pacientes con esquizofrenia. Estudio de caso.”**

Autor: Lic. En Psic. Mónica Rossi de Baeremaecker

Tutora: Psic. Alicia Muniz

Carrera.....

Puntaje.....

Tribunal

Profesor.....

(Nombre y firma).

Profesor.....

(Nombre y firma)

Profesor.....

(Nombre y firma)

Fecha

## *Agradecimientos*

*A “L” y su familia: por confiar y compartir con nosotros un parte de su vida y su saber.*

*A todos los pacientes: porque ellos me han enseñado todo acerca de ellos mismos, de su sentir, de su padecer.*

*A los directores de la Maestría y la Comisión de Posgrado por poder sortear lo institucional y primar lo humano.*

*A Mariana Folle, por su apoyo y humanidad; por incentivar me y alentarme a seguir.*

*A Alicia Muniz, quien aceptó el desafío de acompañarme desde su lugar de tutora en el último tramo de este proceso tan arduo. Gracias por su confianza, aliento y por las enseñanzas.*

*A Gonzalo Giraldez, quién fue de gran apoyo y orientación en momentos de incertidumbre.*

*Mary y Lucía: quienes cada una desde su lugar aportó su granito de arena en todo este tiempo.*

*A mi familia: quienes me han acompañado y apoyado incondicionalmente.*

*A Fer y Eri, por su ayuda, tolerancia, por el amor y sobre todo por comprender mi ausencia.*

*A todos los que me han apoyado en este proceso tan enriquecedor y tan difícil a su vez.*

*Muchas gracias!.*

## *Dedicatoria*

*Para Ale, mi compañera de ruta y amiga entrañable.*

*Gracias por tanto.....*

*Esto es por nosotras: “porque nos lo debíamos”.*

## Resumen

Este estudio pretende ser un aporte al proceso de rehabilitación psicosocial de personas que padecen una enfermedad mental grave (esquizofrenia). Se analiza la incidencia del dispositivo de seguimiento (como modalidad de intervención terapéutica) en dicho proceso. Esta intervención se enmarca en las actividades de extensión de la formación de pregrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

El seguimiento implica un abordaje del paciente durante el tránsito del contexto institucional (hospital) al familiar, durante un año lectivo.

Las preguntas de investigación versan sobre los efectos de este dispositivo en aquellas áreas en que incide la rehabilitación: autonomía, autogestión, adherencia al tratamiento, fomentar la calidad de vida, reinserción laboral y fortalecimiento de vínculos familiares y sociales.

El diseño propuesto es cualitativo, con un método de estudio longitudinal del caso. Los relatos que surgen de los actores y registros documentales, permiten rescatar las singularidades e integrar las diversas miradas sobre el objeto de estudio. Las escalas: la Escala de Evaluación de la Actividad Global DSM IV y Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), fueron utilizadas de manera complementaria para el análisis de los datos, a manera de triangulación.

Las categorías utilizadas son emergentes a partir del análisis, en concordancia con los objetivos, a fin de responder las preguntas de investigación.

Las conclusiones a las que arriba el estudio, dan cuenta de la incidencia del dispositivo seguimiento en el proceso de rehabilitación del paciente estudiado, con prevalencia de algunos factores: incremento en los niveles de autonomía, mayor iniciativa, disminución de la sintomatología negativa y positiva y mejora en la calidad de los vínculos interpersonales. No se observó una diferencia significativa en relación a la adherencia y continuidad del tratamiento. Estos datos surgen de los análisis cuali y cuantitativos.

Los resultados pretenden ser un insumo, para los cambios en el Plan de prestaciones de Salud Mental y en la línea de la nueva ley de Salud Mental a nivel nacional.

**PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia / Dispositivo de Seguimiento/ Rehabilitación**

## Abstract

This study intends to be a contribution to the process of psychosocial rehabilitation of people suffering from a serious mental illness (schizophrenia). The incidence of the follow-up device (as a modality of therapeutic intervention) in this process is analyzed. This intervention is part of the extension activities of the undergraduate training of the Faculty of Psychology of the University of the Republic.

Follow-up implies approaching the patient during transition from the institutional context (hospital) to the family context, during a school year.

Research questions are about the effects of this device in those areas where rehabilitation is affected: autonomy, self-management, treatment adherence, quality of life, job reintegration and strengthening of family and social ties.

The proposed design is qualitative, with a method of longitudinal study of the case. The stories that emerge from actors and documentary records allow to rescue the singularities and integrate the various views on the object of study. The Scales: and the Global Activity Scale DSM IV and Positive and Negative Scale Syndrome (PANSS), were used in a complementary way for the analysis of the data, as a triangulation.

The categories used emerged from the analysis, in accordance with the objectives, in order to answer the research questions.

The conclusions to which the study arrives show the incidence of the follow-up device in the rehabilitation process of the studied patient, with prevalence of some factors: increase in autonomy levels, greater initiative, decrease in negative and positive symptomatology, and improvement in the quality of interpersonal links. There was no significant difference in adherence and continuity of treatment. These data arise from qualitative and quantitative analyzes.

The results are intended to be an input to changes in the Mental Health Prescription Plan and in line with the new Mental Health Act at the national level.

**KEY WORDS: Schizophrenia / Follow-up device / Rehabilitation**

## Tabla de contenidos

Agradecimientos.....	3
Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Tabla de contenidos.....	7
Lista de abreviaturas.....	9
Introducción.....	10
<b>Capítulo I.....</b>	<b>14</b>
1. Problema de investigación.....	14
1.1 Fundamentación.....	14
1.2 Antecedentes de la investigación.....	17
1.3 Formulación del problema y preguntas de investigación.....	19
1.4 Objetivos.....	20
2. Estrategia Metodológica.....	21
2.1 Investigación Cualitativa.....	21
2.1.1 Diseño Metodológico.....	23
2.1.1.1 Estudio de caso.....	23
2.1.1.2 Criterios para la selección del Caso de Investigación.....	24
2.1.1.3 Enfoque clínico del Caso.....	25
2.1.1.4 Técnicas de recopilación de datos.....	26
a) Fuente primaria de datos: La entrevista.....	27
a.1) Entrevista semi estructurada.....	27
b) Fuente Secundaria de datos. Escalas de evaluación.....	28
b.1) Escalas.....	28
b.1.1) Escala EEAG.....	28
b.1.2) Escala PANS.....	29
c) Fuente terciaria de datos: fuentes documentales.....	30
2.1.1.5 Análisis del material.....	30
3. Descripción de actividades.....	31
3.1 Primer momento de corte: inicio del seguimiento.....	31
3.2 Segundo momento de corte: posterior al cierre del proceso.....	33
3.3 Registros documentales.....	34
<b>Capítulo II.....</b>	<b>35</b>
4. Marco teórico referencial.....	35
4.1 La enfermedad mental y su historia.....	35
4.1.1 Movimientos más actuales. Reforma Psiquiátrica.....	38
4.1.2 Actualidad: Nuevo Modelo de Recuperación.....	40
4.2 ¿Qué es la Esquizofrenia?.....	41
4.2.1 Orígenes y acepciones.....	42
4.2.2 La esquizofrenia y el enfoque psicoanalítico.....	44
Algunos postulados teóricos entorno a las relaciones de objeto y las ansiedades básicas.....	46
Vínculos primarios y capacidad autonómica.....	55
Fenómenos y espacios transicionales.....	59
4.3 Caracterización del proceso de RP. Concepciones.....	60
4.3.1 ¿Cómo se piensa el proceso de rehabilitación?.....	61
4.3.2 Componentes de la rehabilitación.....	62
4.3.3 El lugar de la familia en el proceso de rehabilitación.....	64
Conceptos y nociones de familia.....	64
Concepto de Emoción Expresada.....	66
El enfermo mental como depositario y portavoz de la familia.....	69
4.3.3.1 Estrategias para la intervención familiar.....	69
4.4 Capacidad de insight y adherencia el tratamiento.....	70

4.4.1	Noción de insight.....	70
4.4.2	Factores inciden en la baja adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia.....	71
	Factores predictores.....	72
4.4.3	El estigma.....	73
4.5.	Seguimiento y acompañamiento terapéutico.....	74
	Consideraciones iniciales.....	74
4.5.1	Surgimiento del término y las designaciones que lo anteceden.....	74
4.5.2	La función del acompañante.....	77
4.5.3	Rol del acompañante terapéutico.....	78
4.5.4	Sustento Teórico del AT.....	79
	Aspectos transferenciales del Acompañamiento Terapéutico.....	81
4.5.5	Vínculo y Encuadre.....	82
	El encuadre en el marco del dispositivo de seguimiento.....	83
4.6	El lugar de la mirada.....	86
<b>Capítulo III.</b>		<b>88</b>
5.	Presentación del caso clínico “L”.....	88
5.1	Datos patronímicos.....	88
5.2	Internaciones.....	89
6.	Descripción del seguimiento.....	92
	Intervención del Dispositivo de Seguimiento.....	92
7.	Aplicación de las escalas.....	92
7.1	Escala de evaluación de la actividad global: EEAG.....	93
7.2	Escala de evaluación de síndromes positivos y negativos: PANSS.....	96
7.3	Síntesis de la evaluación.....	99
<b>Capítulo IV</b>		<b>101</b>
8.	Análisis.....	101
A)	Capacidad de insight.....	103
a)	Conciencia de enfermedad.....	103
b)	Conciencia de sí mismo.....	116
	Integración de los resultados de las escalas.....	117
B)	Desarrollo de la autonomía y la autogestión.....	118
	Integración de los resultados de las escalas.....	131
C)	Vivencias de lo cotidiano.....	132
	Integración de los resultados de las escalas.....	136
a)	Funcionamiento y comportamiento general.....	137
	Integración de los resultados de las escalas.....	145
D)	Adherencia al Tratamiento.....	145
	Factores Predictores.....	146
	Integración de los resultados de las escalas.....	158
E)	Desarrollo de la capacidad creativa: intereses y participación en actividades de ocio y tiempo libre.....	159
	Integración de los resultados de las escalas.....	166
F)	Desempeño de la actividad laboral.....	166
	Integración de los resultados de las escalas.....	170
G)	Establecimiento de Vínculos: Familiar y Social.....	170
H)	Capacidad de empatía en el establecimiento del vínculo terapéutico.....	215
a)	Técnicos tratantes.....	216
b)	Acompañantes.....	221
	Integración de los resultados de las escalas.....	231
<b>Capítulo V</b>		<b>234</b>
9.	Conclusiones.....	234
10.	Recomendaciones.....	245
11.	Referencias bibliográficas.....	247
12.	Anexos.....	256



## Lista de abreviaturas

UdelaR: Universidad de la República.

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global.

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

PNSM: Plan Nacional de Salud Mental

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

PIR: Plan Individualizado de Rehabilitación

TM: Trastornos Mentales

OMS: Organización Mundial de la Salud 1

AT: Acompañamiento Terapéutico

at: acompañante terapéutico

SM: Salud Mental

MSP: Ministerio de Salud Pública.

PNSM: Programa Nacional en Salud Mental 1

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado 1

ECSM: Equipos Comunitarios de Salud Mental

PPSM: Plan de Prestaciones de Salud Mental

PIC: Programa de Intensificación de Cuidados

TAC: Tratamiento Acertivo Comunitario

RP: Rehabilitación Psicosocial

## Introducción

***“Yo a ellas las quiero (a sus hijas), las amo y no tiene nada que ver si estoy loco, porque el amor, es más grande que la locura”.***  
**“L”**

Desde tiempos inmemoriales, las enfermedades mentales fueron concebidas y abordadas según las culturas dominantes de la época. El diferente, la discriminación y el encierro han signado su lugar en la sociedad. Las enfermedades mentales o los desórdenes psiquiátricos, tal como se los concebía cuatro mil años atrás encontraban respuesta en causas mágicas y religiosas. Las culturas primitivas y arcaicas las explicaban mediante posesiones demoníacas que requerían de la purificación del espíritu; el chaman, el sanador o exorcista eran los encargados de la cura de estos fenómenos sobrenaturales. El pueblo presenciaba estos actos a modo de testigos de la curación, con el fin de ser reintegrado a la sociedad. La locura quedaba asociada a lo oscuro, a lo esotérico; generando fascinación y temor a la vez.

Los chinos hablaban de una conducta incorrecta, generada por un desequilibrio psíquico del “yin” y el “yang”. La acupuntura surge como terapéutica para restablecer dicho equilibrio. Las culturas judaicas comprendían a la locura como un decreto divino o un castigo. En la edad Media, en la época del Renacimiento y el Barroco, se asociaba la locura a la brujería; la inquisición los castigaba con la pena de muerte, por considerarlos herejes.

Con la cultura greco-romana, se inicia una idea más humanista acerca de la locura (precursores del modelo médico); coexistiendo durante mucho tiempo ambas concepciones. En esta época de contradicciones, conviven las persecuciones y la reivindicación donde se promueve que la enfermedad mental comience a ser tratada por un médico y no por un sacerdote; concepción que se afianza en el Barroco.

En 1409 en Valencia, se gestan los primeros movimientos asistenciales; se funda el Hospital Psiquiátrico y en el período de la Ilustración, se crea la psiquiatría como especialidad médica (consecuencia de transformaciones a nivel del pensamiento político y económico). Se crean hospitales con una línea de tratamiento humanista, se elimina la fuerza; el más conocido se encuentra en Francia, con Pinel como Director: con un hospital para hombres, denominado “La Bicetre” y para mujeres “La Salpetriere”. Los hospitales son una “nueva” manera de mantener aislados a los locos del resto de la Sociedad. Sus construcciones se efectuaban en las afueras de la ciudad; se mantiene apartado aquello que más se teme. Los crecimientos poblacionales, generaron por defecto, la inclusión de los

mismos en los centros de las ciudades, teniendo que convivir con aquello tan rechazado y temido a la vez.

\*\*\*\*\*

El presente estudio se propone conceptualizar, al dispositivo de “seguimiento psicológico”, como una herramienta de intervención que contribuye en el proceso de rehabilitación de una persona con una enfermedad mental grave, esquizofrenia. Esta actividad se enmarca en las actividades de Extensión Universitaria de la Facultad de Psicología de la UdelaR en la formación de grado, titulada: “Intervenciones domiciliarias y seguimiento de pacientes a partir de la hospitalización” en el año 2014.

En contraposición a los planteos históricos, esta investigación enfatiza la importancia de la inclusión y empoderamiento del sujeto, en su propio proceso de rehabilitación desde una perspectiva de derechos. Los discursos de los diversos actores: el paciente, su familia, los técnicos y los estudiantes, aportan impresiones que permiten caracterizar el dispositivo e identificar su función en este proceso.

Esta estrategia de intervención permite comprender la realidad del caso en particular: su cotidianeidad, su funcionamiento familiar (los entramados intrínsecos), sus redes sociales. Asimismo permite una aproximación al sistema sanitario de atención en Salud Mental (SM) a la luz de los cambios en el nuevo modelo de atención.

Se resalta que la información que surge del estudio, sobre la implementación práctica de los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), serán pensadas y analizadas exclusivamente a los efectos de este caso en particular.

Como antecedentes de la investigación se citan experiencias a nivel internacional, cuyos estudios analizan dispositivos de intervención con énfasis en lo comunitario y en la intervención a nivel domiciliario; los resultados obtenidos demuestran su incidencia en los ítems siguientes: remisión de la sintomatología (positiva y negativa), incremento de los procesos de reinserción socio-laboral, mayores niveles de autonomía y autogestión y contribución en los procesos de desinstitucionalización.

El “caso” seleccionado en esta ocasión se efectuó en acuerdo con los técnicos de la institución hospital Vilardebó con quiénes se ha trabajado desde los inicio de la práctica.

Motiva la elección, las dificultades que el paciente ha presentado en la adherencia al tratamiento, su elevado nivel de apragmatismo y retracción (social y familiar) de larga data; el proceso de la enfermedad ha conllevado un desgaste a nivel del contexto familiar, donde la contención y el apoyo se ve limitado y afectado con el transcurrir del tiempo.

El objetivo general de este estudio pretende analizar la incidencia del dispositivo de seguimiento, tomando para ello dos momentos de corte del proceso: al inicio y al finalizar el mismo. A su vez pretende observar que componentes del dispositivo, potencian y promueven cambios a nivel del funcionamiento dinámico del sujeto y en relación a su entorno.

En el análisis se enfatiza sobre aquellos hallazgos que permiten comprender y realizar una valoración del proceso. Se analiza por tanto el desempeño global del paciente (niveles de autonomía y autogestión), actividades sociales y laborales. Se exploran aspectos relacionados a su cotidianidad, vínculos familiares y sociales; adherencia al tratamiento, así como su capacidad de insight y niveles de conciencia (de sí mismo y de su enfermedad).

El diseño metodológico fue elaborado a partir de una perspectiva de carácter cualitativa, mediante un estudio longitudinal. Se utilizó como herramienta el método de estudio de caso, el cual permite un análisis intrínseco del mismo. La entrevista en profundidad se utilizó como técnica principal, con la apoyatura de fuentes de datos: registros escritos de los estudiantes y documentos de las historias clínicas. Complementariamente se aplicaron técnicas cuantitativas, a decir: La escala EEAG del DSM IV (Escala de Evaluación de la Actividad Global) y la escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) que evalúa síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia; así como una evaluación general de la psicopatología. Estos datos cuantitativos, serán utilizados de insumo para el análisis cualitativo, no configurando un estudio mixto.

Los datos recolectados de las distintas técnicas, se analizan desde una perspectiva psicoanalítica, profundizando en aspectos dinámicos que permiten comprender el proceso y sus transformaciones acontecidas entre los dos momentos de corte. Para el análisis se construyeron categorías emergentes que surgen de los diversos discursos, las cuáles constituyen un eje central del estudio y ofician de indicadores para evaluar el proceso de rehabilitación. Se citan a continuación: conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, su desempeño y manejo en lo cotidiano, comportamiento general, desarrollo de la autonomía y la autogestión. Manejo del ocio y tiempo libre, así como el desarrollo de la creatividad. La inserción laboral y el establecimiento de vínculos a nivel familiar-social y vínculos con los técnicos (equipo tratante y acompañantes).

El trabajo de investigación se desarrolla de la siguiente manera:

En el **capítulo I** se fundamenta el trabajo de investigación y sus antecedentes. Se describe y contextualiza el problema de investigación y sus antecedentes, dentro del sistema actual de Salud. Se enuncian los objetivos generales y específicos, y la metodología utilizada a los efectos del estudio.

En el **capítulo II** se desarrolla el marco referencial teórico, priorizando cuatro grandes bloques: por un lado el desarrollo histórico de la enfermedad mental y sus terapéuticas, hasta la actualidad. Por otra parte desde una perspectiva psicoanalítica, se describen aspectos que nos aproximan a una comprensión psicodinámica de la enfermedad mental. En tercer lugar se conceptualizan el proceso de RP y sus alcances. Se describe el Plan individualizado de Rehabilitación (PIR) a los efectos de contextualizar el seguimiento dentro de una estrategia de intervención y en el marco del Modelo de Recuperación en SM (nuevo paradigma de atención). En cuarto lugar se caracteriza el seguimiento y el acompañamiento terapéutico; el rol y las funciones que desarrollan los acompañantes (estudiantes).

En el **capítulo III**: se efectúa la presentación del caso clínico y una descripción del proceso de seguimiento. Se realiza una síntesis de la aplicación de las escalas y sus resultados.

En el **capítulo IV**: se desarrolla el análisis de la información que surge de las diversas fuentes de datos, a punto de partida de las categorías que emergen del material recabado en el estudio. Las mismas incluyen diversas dimensiones: los diferentes discursos que recogen las miradas de los actores involucrados, los registros escritos (descripciones del seguimiento e historias clínicas), las escalas como fuente complementaria de datos y el marco teórico que oficia como soporte permitiendo el análisis y la articulación teórico clínica del caso.

El **capítulo V**: Se realizan las conclusiones que surgen como resultado del trabajo de investigación, en torno a las categorías de análisis y algunas recomendaciones sobre el dispositivo y el abordaje asistencial.

# Capítulo I

## 1. Problema de investigación

### 1.1 Fundamentación.

Quienes padecen Trastornos Mentales (TM) como la esquizofrenia conforman una población con un alto grado de vulnerabilidad, estando expuestos frecuentemente a violaciones en sus derechos (humanos, sociales, económicos y culturales), padeciendo también restricciones laborales, educativas y hasta reproductivas. El manual de Derechos Humanos de la Red de Derechos Humanos y Educación Superior, sobre las personas con patologías mentales cita lo siguiente: “algunas veces se las excluye debido a la falsa creencia de que ninguna de ellas es capaz de realizar cualquier acto cotidiano de la vida, y otras veces las repudia pura y simplemente por ser diferentes”. (Morlachetti, Castilla, Monteiro de Brito Filho, Bandeira Galindo, Bregaglio, Zanotta, ... & Aylwin, 2014, p.75-76)

En este sentido es necesario consolidar una red de atención que les brinde asistencia no solo en relación a su salud, sino procurando proteger todas las demás dimensiones de su ser, conociendo y protegiendo sus derechos, en el afán de revertir los procesos de exclusión a los cuáles han sido sometidos.

Desde el surgimiento de la psiquiatría, el lugar que han ocupado las personas que padecen TM ha ido modificándose, como así también los tratamientos, las terapéuticas y las respuestas farmacológicas consideradas necesarias para su atención. En ese sentido, Fromm (1990) plantea que el concepto de SM ha sido definido en función de las distintas culturas y a partir de comprender la naturaleza del hombre. (Ubilla, 2009). La definición contemporánea sobre SM considera lo siguiente: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS, 2004, p.1). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud): “Hoy día, las pruebas científicas indican que los TM son consecuencia de la suma de influencias genéticas y ambientales, esto es, de la interacción de las características biológicas con factores psicológicos y sociales”. (Giraldez, 2014, p.2). El mismo autor extrae de Fernandez & Sanchez (2003) que, “esta formulación biopsicosocial de los trastornos psiquiátricos, supone un posicionamiento contrario a entender únicamente los problemas de SM a modo de patologías que se circunscriben a la realidad interna de un individuo”. (Giraldez, 2014, p. 5).

A mediados del siglo XX se produce un nuevo enfoque (Greenhill 1979), en paralelo con un cambio en el escenario mundial político, económico y social (Larrobla, 2007). Dicha

transformación no se basa únicamente en el componente asistencial, implica un cambio conceptual, donde las personas con TM adquieren una postura activa en relación a su enfermedad, desempeñando un papel protagónico en su propio proceso de rehabilitación. El desarrollo de un modelo de atención en SM con base en la comunidad, que propone nuevas alternativas asistenciales, a aquellas que brindaba el modelo asilar tradicional, se constituye en el eje central de la reforma psiquiátrica en diversos países del mundo. En este escenario, la familia comienza a ocupar un lugar de relevancia, en tanto es considerada cuidador principal o referente.

Lluch, Fornés, Rodríguez & Giner, (2010) consideran que la ausencia de un cuidador, es una de las principales causas relacionadas con la falta de adherencia al tratamiento de personas con esquizofrenia.

En el marco de la reforma Psiquiátrica de Uruguay, nace en 1986 el PNSM, tomó los lineamientos de avanzada, recabados de la declaración de Alma-Ata del año 1978 donde se priorizaba: “descentralización, coordinación, primarización de la asistencia, participación de la comunidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad”.(Pastorino,1999,p.18). Dicho PNSM fue promovido desde múltiples sectores de la sociedad organizada: familiares de personas con TM, UdelaR, sociedades científicas y gremiales. A nivel internacional, la Declaración de Caracas de 1990 sobre la reestructuración de la asistencia psiquiátrica en América Latina (Roses Periago, 2005), fortaleció las transformaciones que estaban ocurriendo a nivel nacional. Un hito que permitirá profundizar los cambios emergentes, se dará a partir del año 1996, cuando la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), despliega 34 Equipos Comunitarios de Salud mental (ECSM) en todo el territorio, 11 en Montevideo y 23 en el resto del país, entre otros servicios que complementan dichas políticas. (Ginés, Porciúncula & Arduino, 2005). En el año 2002 todos los departamentos del Uruguay contaban con al menos un ECSM. (Romano, Novoa, Gopar, Cocco, De León & Ureta, 2007). La descentralización comenzaba a estar presente a la hora de diseñar las estrategias asistenciales.

El SNIS vigente desde el 1º de enero de 2008, y en el marco del Plan de Prestaciones de Salud Mental (PPSM), se establecen políticas basadas en estrategias de abordaje comunitarias e integrales para aquella población que padece TM; considera para ello dispositivos que comprendan al usuario y su familia o eventualmente su contexto. Dicho PPSM (2011) propone: “Un cambio en el modelo de atención, lo que implica comprender a la enfermedad no como un fenómeno individual y si directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector”.(MSP;2011,p.5). Este cambio de paradigma en la concepción de la SM hace foco en los procesos y no solamente en los resultados, priorizando la calidad asistencial integral. Para ello, y con el transcurso del

tiempo han surgido dispositivos de intervención con el objetivo de dar respuesta a una población eternamente marginada, motivo de preocupación tanto en Uruguay como en otros países. Este viraje implica “centrarse en el funcionamiento social de la enfermedad y por ende en la provisión de recursos asistenciales”. (Sandoval,2008,p.10), lo que se halla emparentado con las diferentes estrategias de rehabilitación que se han desarrollado en el tiempo para abordar tan compleja problemática.

En el marco de la reforma asistencial, el dispositivo de seguimiento, objeto de este estudio, se enmarca en los lineamientos del nuevo PNSM y en el marco de las prestaciones del SNIS. Implica una práctica innovadora, dado que en Uruguay no existe formación al respecto a nivel público. En otros países como Argentina, España, se ha brindado formación en la esfera pública (a nivel terciario), y se incluye como una estrategia en las instituciones públicas, incorporada al tratamiento instituido. En Uruguay ha tenido un mediano desarrollo en la esfera privada (cada vez con mayor énfasis) bajo el término: Acompañamiento Terapéutico (AT); práctica clínica que se asemeja fuertemente al dispositivo de seguimiento propuesto.

Como antecedentes directos de esta modalidad de intervención, se identifica que desde la Facultad de Psicología de la UdelaR se han desarrollado prácticas similares a este dispositivo, impartida desde el curso de psicopatología entre los años 1986 y 1992 en el Hospital Musto y al cierre de éste, en el Hospital Vilardebó. Esta modalidad de intervención se retoma en el año 2002 como pasantía para estudiantes de grado (4to ciclo) en el marco de un proyecto de extensión universitaria adscripto al convenio marco entre MSP y Facultad de Psicología de la UdelaR denominado “Seguimiento de pacientes Hospital Vilardebó”. Dicha experiencia permite una aproximación al campo de la SM desde un paradigma y una conceptualización de la enfermedad mental, que implica un mirada integral de sujeto, pensado desde una concepción biopsicosocial. Esta experiencia tuvo sus transformaciones en cuanto a su abordaje, designándose en la actualidad: “Intervenciones domiciliarias y seguimiento de pacientes a partir de la hospitalización”, título que enuncia los nuevos atravesamientos y concepciones terapéuticas e ideológicas que lo sostiene; acompañando los procesos de cambio.

### **Presentación del Dispositivo de Seguimiento como estrategia de abordaje**

El dispositivo de seguimiento propuesto, se desarrolla como una modalidad de intervención alternativa, en el marco del PIR. En cuanto a su abordaje y concepción, se asemeja a otros modelos que se han implementado en América Latina, así como en otros países de Europa, con otras acepciones (dispositivos móviles, acompañamientos terapéuticos, atención domiciliaria, etc). El énfasis en brindar asistencia domiciliaria (denominador común en todos los dispositivos creados) radica en que la enfermedad mental



torna incapacitante al sujeto, en la tarea de pedir ayuda (y en muchos de los casos en dejarse ayudar). Estos dispositivos proponen un acercamiento al sujeto en su vida cotidiana, en el afán de generar un vínculo que propicie cambios y modificaciones en pro de un funcionamiento más autónomo y autogestivo, potenciando y promoviendo los aspectos más sanos del sujeto. La intervención posee múltiples aristas: el usuario, la familia, los técnicos referentes, la red social y las instituciones.

El seguimiento de desarrolla como una práctica pre-profesional y tiene por objetivo principal acompañar al paciente en el proceso de externación (de ahí la designación de acompañantes a quienes desempeñan dicha función). Se inicia mientras el paciente se encuentra internado y con posterioridad al alta, en su domicilio. El objetivo principal apunta a contribuir en el proceso de rehabilitación del paciente a través de: la resocialización, el apuntalamiento hacia la adherencia al tratamiento, posibilidades de inserción laboral, educativa, entre otros; componentes que se encuentran muy afectados y deteriorados por la propia enfermedad.

La modalidad de la intervención dependerá de la singularidad del caso. Si bien es una práctica similar a la del AT, se diferencia del mismo en la intensidad y la durabilidad en el tiempo. Este dispositivo está sesgado a la duración de un año lectivo. El tiempo de la intervención no es una variable que pueda ser pensada a la luz de la estrategia de intervención. Los estudiantes son designados desde un rol de acompañantes, dado que la función que desempeñan posee las mismas características que el acompañante terapéutico.

La derivación de los pacientes al seguimiento, se realiza en coordinación con los docentes a cargo de dicha práctica y los equipos técnicos de las salas del Hospital Vilardebó. Habitualmente el criterio de derivación al seguimiento, está acotado a pacientes con primeras internaciones y con recursos internos que permitan desplegar dichas potencialidades.

## **1.2 Antecedentes de la investigación**

En Uruguay no existen antecedentes directos sobre investigaciones en prácticas pre-profesionales, con características similares al presente estudio. A nivel internacional se descubrió una única investigación con las mismas características (prácticas de formación) en Salvador de Bahía (Brasil), en un Programa de Intensificación de Cuidados (PIC). Allí se efectuó un estudio cualitativo, con un diseño de estudio de caso. El dispositivo de atención se instrumentó a nivel domiciliario dirigido a pacientes psicóticos. Se asistió un total de 40 familias y fue llevado adelante por estudiantes de psicología. El objetivo principal se focalizaba en evaluar el programa, acercando los saberes técnicos y científicos, con los familiares. Plantean que la familia es el lugar donde se generan las mayores tensiones. De los resultados obtenidos, surge que la intervención del PIC se evaluó de manera exitosa,

principalmente en los procesos de desinstitucionalización; promovió mayores niveles de autonomía en los usuarios y un incremento en procesos de resocialización, insertándose en centro de RP.

En otro orden, existen antecedentes de investigaciones en prácticas profesionales en los sistemas sanitarios, en los cuales se implementan dispositivos de intervención con un acompañamiento en la comunidad. En 2004 se efectuó un estudio en Chile, a cargo de los psicólogos Martínez, Alonso, Castro, Alvarez, Oviedo & Ellwanger, en el servicio de urgencias de un hospital general en pacientes con descompensación psiquiátrica. Allí se investigó sobre la eficacia de la intervención en crisis (IC), explorando la intervención durante la internación y con un seguimiento posterior al alta del paciente por un lapso de 6 meses en total. Se utilizó un diseño experimental y un grupo control. De los resultados surge que el seguimiento favoreció en la mejoría de la sintomatología, pero no arrojó diferencias significativas en cuanto a la adaptación social, calidad de vida, y relaciones interpersonales.

En Brasil en el año 2008 se llevó adelante una investigación que evaluó el dispositivo de acompañamiento terapéutico en la internación hospitalaria. En el mismo se evaluó la reinserción social de los pacientes psicóticos y la conexión con la red extrahospitalaria, con el fin de disminuir las reinternaciones. Se efectuó un abordaje de índole cualitativo, con el empleo de un estudio de caso con técnicas exploratorias.-descriptivas. Se utilizó una muestra de 10 pacientes entre 2004 y 2005. La población objetivo: se trataba de personas con TM que no generaban vínculos sociales de manera espontánea. Separados o que nunca formaron pareja; con familias (núcleo primario) con dificultades a nivel de contención y que presentaban gran dificultad en la comprensión de la enfermedad. A pesar de estos obstáculos, se detectó que a través del acompañamiento se logró una inserción en la red social y una disminución en el número de reinternaciones. El reforzamiento de la red social y el abordaje familiar, permitió que los pacientes fueran acogidos nuevamente en su domicilio. Se trabajó con las familias generando un espacio de interlocución, pese al desgaste que genera el proceso de la enfermedad:

Para nossa prática, o acompanhamento terapêutico mostrou ser recurso valioso, pois, além de nos proporcionar entrar em contato diretamente com essas famílias, por meio dos atendimentos domiciliares, possibilitou acolher o sofrimento desses familiares e, igualmente, a elaboração de novos arranjos no cuidado ao portador, e, assim, minimizar as atitudes de desistência. (Fiorati&Saeki,2008,p.769)

En Madrid en 2010, se efectuó un estudio acerca de la eficacia del Tratamiento Acertivo Comunitario (TAC). Para la muestra seleccionada se tomaron ensayos clínicos

aleatorios con las siguientes características: una patología crónica, evolución de una duración de dos años o más, limitaciones en las diferentes áreas sociales. Los resultados mostraron mejorías en comparación con las intervenciones tradicionales, respecto a: el contacto con los pacientes y una reducción en los reingresos hospitalarios. Favoreció de manera significativa el acceso a empleo y vivienda. Se cita: “En general, los efectos encontrados sobre otras variables de resultado referidas a aspectos clínicos y sociales (autoestima, funcionamiento social, calidad de vida, estado mental) no fueron significativos”. (Perestelo Pérez, Rivero Santana, González Lorenzo & Pérez Ramos, 2010, p.9). Este mismo dispositivo fue utilizado en otras ciudades de España: Albacete, Avilés, Barcelona, Madrid, Málaga y Sevilla (Hernández, 2005; Morago, 2006), en personas con TM, mostrando un notable éxito y aceptación por parte de profesionales y pacientes. (Saiz Galdós & Chévez Mandelstein, 2009).

Los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2011, refieren que los trastornos mentales graves y en particular la esquizofrenia es una enfermedad que posee un proceso evolutivo deteriorante y discapacitante. Produce un déficit a nivel personal, cognitivo, funcional, laboral y social. Por esta razón diseñar estrategias terapéuticas que resulten eficaces, es de extrema complejidad, debido a la escasa adherencia a los tratamientos y abandonos de los mismos. El alto grado de afectación que genera la enfermedad, requiere de una terapéutica basada en un abordaje integral.

Los abordajes asilares han sido sustituidos por los tratamientos comunitarios, luego de la reforma psiquiátrica. Las nuevas modalidades de abordajes de los TM graves a nivel mundial, promueven la importancia y la necesidad de acompañar el proceso de rehabilitación de los pacientes, desde otra perspectiva.

### **1.3 Formulación del problema y preguntas de investigación**

El problema que aborda la presente investigación consiste en determinar cómo incide el dispositivo de seguimiento (antes mencionado), en el proceso de rehabilitación de una persona con enfermedad mental grave, esquizofrenia.

Para ello se hace necesario conocer y comprender en profundidad la realidad de la que se parte: el funcionamiento previo y la configuración vincular; para cotejarlo con una mirada posterior a la intervención. A partir del trabajo de campo, se construyen categorías emergentes cuyo análisis permitirán dilucidar la incidencia o no del dispositivo en su proceso de rehabilitación, desde diversas perspectivas: del propio paciente, su familia, los técnicos intervinientes en el proceso y los acompañantes (estudiantes) a cargo del seguimiento.

En el Proyecto de Tesis se elaboraron interrogantes que se mantienen hasta el día de hoy, y otras que fueron surgiendo durante el trabajo de investigación constituyéndose en el eje central del mismo. Las preguntas de la investigación, permiten orientar la marcha y el desarrollo del estudio, hacia la construcción de las categorías emergentes, que pretenderán responder dichas preguntas.

- ¿Contribuye el dispositivo de seguimiento en la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia? ¿De qué forma?.
- ¿Qué características o cualidades del dispositivo, promueve o no cambios en el paciente y su entorno?

En esta misma línea:

- El dispositivo de seguimiento: ¿permite desplegar mayores niveles de autonomía y autogestión?
- ¿Promueve procesos de reinserción social? ¿Cómo?
- ¿Contribuye en la adherencia al tratamiento del paciente?
- ¿Actúa a nivel de los pragmatismos, promoviendo estrategias que habiliten conductas más adaptativas?
- ¿Incide en el entramado familiar, promoviendo modos de establecimiento vincular más sanos?

Durante el recorrido cronológico, se ubican momentos de corte que permiten vislumbrar las transformaciones que se sucedieron y determinar el por qué; así como aquellos aspectos que no sufrieron modificación.

Se propone una reflexión sobre las características del seguimiento, sus fortalezas y debilidades a fin de repensar la instrumentación del dispositivo y las varianzas a establecer en la estrategia de intervención.

## **1.4 Objetivos**

### **Objetivo General**

Conocer los efectos derivados de aplicar un dispositivo de seguimiento en un paciente con esquizofrenia y observar como contribuye en su proceso de rehabilitación.

### **Objetivos Específicos**

- a) Determinar la capacidad de insight del paciente, la conciencia de sí y de enfermedad, así como su adherencia al tratamiento.

- b) Analizar la evolución del paciente considerando su desempeño global (enfaticando en los niveles de autonomía y autogestión): actividades cotidianas (ocio y tiempo libre), asunción de responsabilidades y el incremento de las actividades sociales y laborales.
- c) Evaluar la evolución de los vínculos familiares y sociales del paciente durante el proceso.
- d) Analizar el vínculo que se establece con los distintos técnicos en pro de la adherencia al tratamiento; e identificar específicamente qué características de esta intervención (seguimiento) promueve dicha adherencia y propicia procesos de cambio en el paciente.

## **2. Estrategia metodológica**

La investigación supone la producción de un conocimiento acerca del estudio de un fenómeno en particular y que sienta las bases para futuras investigaciones. En particular, la investigación clínica involucra a los seres humanos o a sus productos en dicho proceso, con el fin de producir nuevos conocimientos (Pérez, 2005). La metodología en sí misma, según Taylor&Bodgan (1984/1987/2000) se define como el modo en que el investigador enfoca el problema y se acerca a las respuestas. En el terreno de la investigación, existen diversas modalidades que permiten abordar el objeto de estudio.

### **2.1 Investigación Cualitativa.**

En el diseño de la presente investigación se propone una metodología cualitativa, dado que se busca comprender y otorgar sentido a las relaciones que se establecen entre el sujeto y su contexto. Esta modalidad de investigación se aboca al estudio de las cualidades de un fenómeno, comprenderlo en profundidad más que en exactitud y acumulación de datos.

La metodología cualitativa refiere a aquella investigación que “produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. (Taylor&Bogdan, 1984/1987/2000, p.7). A su vez Ruedas (2009), agrega que la relevancia de los métodos cualitativos, está dada por otorgar un lugar de privilegio a las ideas, sentimientos y motivaciones que surgen de las personas objeto de la investigación. Permite pesquisar como percibe y vivencia su realidad; hallar los sentidos que el propio sujeto le otorga a los fenómenos. Plantea que la investigación cualitativa, surge como una necesidad epistemológica, cuyo vacío emerge del paradigma positivista de la investigación cuantitativa. “Teleológicamente la investigación cualitativa trasciende el recoger datos, descubrir hechos y analizar fenómenos, haciendo énfasis en la interpretación de los mismos,

en una búsqueda constante de acciones que conduzcan a transformar la realidad dentro de un contexto histórico específico”. (Ruedas, Ríos & Nieves, 2009, p.629). Por su parte Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, postulan lo siguiente: “la realidad es subjetiva e inter-subjetiva, y ellos mismos, en tanto actores sociales intervinientes, contribuyen a producir y reproducir el contexto de interacción que desean investigar.” (2005, p.45)

Spink (2007) sostiene que los saberes y conocimientos son socialmente construidos. Que existe una responsabilidad y que compete a los seres humanos producir saberes, conocimiento: “narrando y conversando, son supuestos sociales, parte de la ética pragmática de la acción” (p.564). La verdad no es de dominio de la ciencia, sino que se construye a través del interjuego de subjetividades; en pro de mejorar la vida colectiva de los sujetos. Este autor plantea asimismo que las ciencias con sus métodos, respaldadas en sus disciplinas, se rigen desde un lugar tiránico, pregonando su saber como “la verdad”. El saber es del otro, y hay que ir en su encuentro. Sentarse a conversar y comprender que tiene el otro para decir acerca de si. Es un saber que se construye en las interacciones, no una mera abstracción.

Los datos recabados de las técnicas de investigación, ya sea de las entrevistas (como es el caso de la presente investigación) o de las narrativas, se transforman en textos (grabaciones); los cuales se vuelven a transformar en datos que permiten comprender la naturaleza del fenómeno a investigar. “La interpretación de los datos se orienta a la codificación y la categorización o al análisis de las estructuras secuenciales en el texto”. (Flick, Muñoz, Muñoz, , de Kohan, de Kohan, Ortega González, ... & Espinosa, 2012,p.26).

La importancia según Sautu (2005), de realizar un enfoque sobre el universo teórico es imprescindible a la hora de diseñar una estrategia de investigación. El recorte de aquello que interesa pensar y por lo tanto teorizar, se realizará en función del objeto de estudio. Por ello la investigación requiere una articulación permanente entre la teoría, los objetivos y la metodología.

La posibilidad de evaluar los propios deseos, de catalogar unos como deseables y otros como indeseables (Taylor, 1985). Y esa evaluación, implica escoger a partir de un proyecto de existencia concreto. Escogemos en función de lo que queremos ser. Lo cual, por otra parte, enlaza también con otra característica únicamente humana: la responsabilidad respecto de lo que decidimos. (Domènech & Tirado,1998,p.1).

### **2.1.1 Diseño Metodológico.**

El diseño refiere a la planificación de una estrategia de investigación con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Por estrategia se entiende la: “manera en que un estudio empírico particular, es diseñado y elaborado” (D'ancona, & D'Ancona, 1999, p.93).

Según Yin (1989) el diseño es aquel que permite establecer una coherencia lógica entre los datos obtenidos del estudio y las preguntas que se formularon inicialmente. En esta oportunidad el diseño seleccionado es el estudio de caso. (Martínez,2011)

#### **2.1.1.1 Estudio de caso**

Esta herramienta tiene sus orígenes en las investigaciones del área médica y psicológica dado que permite realizar un análisis minucioso de los procesos individuales, así como de cualquier enfermedad. Favorece una mejor comprensión de los fenómenos sociales, de causalidad compleja, donde se rescatan los procesos subjetivos. No permite efectuar generalizaciones sobre los hallazgos obtenidos, pero es plausible establecer sobre la lógica de su análisis, la construcción de una nueva teoría a partir de ellos.

Hebert Spencer (Young 1936), fue uno de los primeros en utilizar de manera intensa el material casuístico para sus investigaciones. Esta modalidad de estudio no es de exclusividad del método cualitativo, puede ser asimismo utilizada por el método cuantitativo o mixto. Ha sido descrito por varios autores, pero en esta ocasión se tomarán algunos de los planteos de Stake (1989) que si bien se ha dedicado específicamente al estudio de caso en la educación, es quien conceptualiza acerca de la técnica y su validación. Permite: “captar y reflejar los elementos de una situación que le dan significado. Existe (en el estudio de caso) una cierta dedicación al conocimiento y descripción de lo idiosincrásico y específico como legítimo en sí mismo”.(Walker,1982,p.45).

Stake (1989) propone tres modalidades de caso: los casos intrínsecos, instrumentales o colectivos. Se enfatizará en esta oportunidad, en un estudio intrínseco del caso, es decir “el interés se centra exclusivamente en el caso a la mano, en lo que podamos aprender de su análisis; sin relación con otros casos o con otros problemas generales” (GRUPO, L. H;1999,p.5). De allí surge su denominación: estudio “intrínseco de caso”, conceptualizada como una unidad básica de investigación. Esta herramienta favorece la comprensión de “aprender qué y por qué hacen o dejan de hacer ciertas cosas y qué piensan y cómo interpretan el mundo social en el que viven y se desenvuelven”. (GRUPO, L. H, 1999,p.7).

La descripción y análisis del caso, se realizará en momentos temporales diferentes, por lo que constituye un estudio longitudinal; evaluando el proceso de la intervención. Se



tomarán dos momentos de corte, al inicio y al finalizar el proceso, utilizando los mismos instrumentos de medición en ambas instancias a modo comparativo.

Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, desarrollan en su libro el estilo del estudio: “los diseños longitudinales, (...) recolectan datos a través del tiempo en puntos o períodos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias” (2008,p.216)

¿Qué implica un caso?

El caso se conceptualiza de la siguiente manera: puede estar constituido por una familia, una persona, una actividad o un acontecimiento, el cual será abordado o comprendido a través de técnicas de recogida de la información. El número de casos puede variar de uno a cien, dependiendo de lo que se desee investigar. Permite conocer la unicidad y particularidad del caso en sí mismo, y no la generalidad. No requiere de un criterio de representatividad. Implica: “un fenómeno de algún tipo que ocurre en un contexto cerrado. Es, de hecho una unidad de análisis”. (Denman, & Haro, 2002,p.288). Importa conocer este caso en particular y en profundidad, permitiendo la comprensión y el entendimiento de la naturaleza del caso; las circunstancias en que éste se produce y se desarrolla, sus características y contexto. En virtud de esto, la elección del caso es de extrema relevancia. Stake (1998) refiere sobre el caso: “aprender en profundidad la problemática seleccionada, o del que, simplemente, más podamos aprender y comprender”. (p.7). El fin es investigar y así producir teoría a partir de ello.

#### **2.1.1.2 Criterios para la selección del caso de investigación**

La selección del caso, presentó diversas dificultades: en primera instancia se pretendió investigar sobre la población total de pacientes derivados al seguimiento (en el marco de la pasantía de formación de grado): un total de 4 con diagnóstico de esquizofrenia. Por razones de diversa entidad (negativa a participar de la investigación, resistencia de la familia a realizar el proceso de seguimiento, por desacuerdos institucionales, entre otros) se estableció un segundo criterio para la selección. Se optó por seleccionar un caso que configuraba una situación de diversa complejidad; los técnicos de la institución (hospital Vilardebó) solicitan expresamente esta intervención dado que el paciente y su familia requerían un mayor sostén para acompañar el proceso que se encontraban transitando.

Se trata de una persona que padece una enfermedad mental grave esquizofrenia, con múltiples internaciones. Una historia de abandono de tratamientos, sin conciencia de enfermedad y que en los últimos tiempos inicia un proceso de repliegue y conductas



apragmáticas. Debido a su actual funcionamiento, la familia manifiesta estar muy cansada y afectada por este proceso; expresan a su vez, serias dificultades a nivel del relacionamiento familiar (situaciones de violencia verbal).

### ¿Por qué investigar sobre un paciente con esquizofrenia?

A nivel país, se observa que existe un alto porcentaje de usuarios del sistema sanitario en SM con diagnóstico de esquizofrenia. Específicamente en el hospital Vilardebó los datos aportados por el Departamento de Estadística registran que en los últimos años, existe una prevalencia de ingreso y reingreso de usuarios con dicho diagnóstico.

<b>Población General</b>	<b>Ingresos totales</b>	<b>Total Ingresos con Diag. de Esquizofrenia</b>
<b>Año 2012</b>	1657	724
<b>Año 2013</b>	1622	696
<b>Año 2014</b>	1427	633

Se selecciona la población masculina, dado que desde el inicio de la práctica se ha coordinado con el equipo técnico de una sala en particular, quien está en pleno conocimiento de las características de la intervención. Por todas estas variables, se resuelve realizar el presente estudio, con el paciente sugerido por el equipo de sala.

#### 2.1.1.3 Enfoque clínico del Caso

Es necesario conceptualizar la noción de caso, y la importancia del mismo en la investigación. El caso, configura una situación clínica la cuál será pensada a la luz de un enfoque clínico. La psicología clínica tiene por objeto de estudio indagar acerca del sujeto; profundizar en la singularidad del caso. Requiere la indagatoria de aquellos “factores que afectan la salud mental y las condiciones que puedan generar malestar o sufrimiento al individuo humano” (Díaz & Pérez, 2010,p.4). La situación clínica es comprendida como “una “minicomplejidad”, productora de novedades y autorregulaciones en donde el clínico, en su rol de dinamizador, debe advertirse de la necesidad de no alejarse del referente experiencial que articulará su pensamiento, y mucho menos de procurar tecnificarlo tan rígidamente, que pierda el efecto ante lo novedoso y la incertidumbre consecuente” (Hounie, 2010,p.41).

Este estudio, si bien se aborda desde una mirada científica, requiere contemplar otras variables en su objeto de estudio. En la investigación, el otro, está incluido en un sistema dialógico. Todo lo que sucede ahí en ese encuentro, es analizable. Se considera primordial analizar a la luz del pensamiento psicoanalítico, las interrelaciones que se

sucedan en el encuentro de los diversos actores de la investigación.

Green (2011) introduce el concepto de “pensamiento analítico” a diferencia del pensamiento científico caracterizado por ser un pensamiento dialógico: el cual no toma en cuenta solamente al paciente, sino que habla de dos: de un encuentro paciente-analista. No descentra al técnico, ni su implicancia, sino que ambos forman parte del proceso. La escucha y la empatía son componentes y herramientas que caracterizan este pensamiento; propician una escucha y una mirada particular del sujeto y su padecimiento. La ciencia en sí misma no se caracteriza por el objetivo de su trabajo, sino por su método. En dicho sentido, la herramienta fundamental de la psicología clínica /psicoanálisis, (debe hacerse una disquisición entre ambos términos) es el método analítico; al decir de Green, “la experiencia que acontece en la mente de todo psicoanalista que escucha a un paciente asociar libremente y procura comprender, mediante el método analítico, lo que aquel quiere transmitirle” (Green, 2011,p.293).

El método es el que permite investigar, conocer y comprender la mente del paciente. Este autor sostiene que toda práctica analítica configura un proceso de investigación constante, aunque no cumpla con la rigurosidad del método científico. En este sentido Starobinski (1999) planteaba que en los orígenes de su obra, Freud pretendió dar a sus investigaciones un carácter más biologicista (proveniente de su formación en medicina), como forma de otorgarle cierta apoyatura científica a sus teorizaciones: “una especie de águila de dos cabezas” (Green, 2011,.p287); sus raíces se sustentan en las ciencias más duras o exactas (medicina, la psiquiatría, etc.) y por otro lado una fuerte influencia de la literatura, la historia de la civilización y el arte. Esta necesidad de “demostración” epistemológica de sus postulados teóricos genera una clara ambigüedad sobre sus propios escritos, hasta que en 1900 con “la interpretación de los sueños” deja emerger en su expresión máxima, el pensamiento analítico.

La teoría psicoanalítica, oficia de marco referencial, para el análisis del material clínico obtenido. En las investigaciones que se realizan desde las ciencias sociales, cuyo objeto de estudio es la comprensión del ser humano en su singularidad, Nasio (2001) plantea que la mirada psicoanalítica pretende abordar o rescatar la individualidad, la subjetividad. Aquello que escenifica una situación clínica, le permite al lector comprender lo que allí sucede. Ser espectador y protagonista de la escena a la vez.

#### **2.1.1.4 Técnicas de recopilación de datos:**

Las técnicas de recolección determinan cuáles son los instrumentos que el investigador emplea para la recolección de los datos. En la investigación cualitativa dicha recolección se efectúa con el fin de comprender los significados, los motivos y las razones

del comportamiento humano. Los datos se extraerán del ambiente natural y cotidiano de la persona a tales efectos.

#### **a) Fuente primaria de datos: La entrevista.**

La entrevista fue la técnica seleccionada por excelencia, como instrumento de comprensión de la situación clínica presente. Conceptualmente la entrevista se define como: “una conversación entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Hernández Sampieri, et al,2008,p.455). La entrevista permite “excavar”, comprender y conocer la vida del sujeto. La modalidad de entrevista en profundidad favorece a la comprensión del sentimiento que el sujeto tiene acerca de sí mismo y su mundo circundante; permite comprender la vivencia de sí, su enfermedad y su modo de ser y estar en el mundo. Implica: “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes; encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”. (GRUPO, L. H, 1999,p.22). La entrevista promueve en sí misma, un posicionarse frente a otro que pregunta; provoca interpelarse en su decir y en su hacer. Promueve instancias críticas y reflexivas; cuestionamientos y afectos.

Las entrevistas no formarán parte de los anexos, dado que se acordó con el paciente mantener en reserva su identidad; ya que el mismo, mostró gran preocupación por el destino de lo que allí relataba<sup>1</sup>.

#### **a.1) Entrevista semiestructurada.**

Dentro de esta técnica, se opta por la modalidad semiestructurada, dado que permite al entrevistador tomar una guía general de preguntas que orientan la charla, incorporando otras interrogantes durante el transcurso de la misma. Dicha elección se realiza en base a las características del paciente, dado que una entrevista abierta no se ajusta a las características y funcionamiento del paciente por su escasa espontaneidad y su nivel de retracción; así como un cuestionario podría potenciar su ansiedad y obturar el desarrollo de la entrevista. En este caso, las preguntas favorecerían el fluido en la comunicación, generando una dinámica que posibilitó el diálogo. Según Hernández Sampieri: “las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (2008, p.455). La inclusión de la mirada del técnico, quien a la vez que escucha, va analizando aquello que acontece,

---

<sup>1</sup> Las entrevistas quedarán a disposición del tribunal en caso de considerarlo necesario.

permitiendo introducir nuevas interrogantes con el fin de aproximarse a los objetivos del estudio. La introducción de lo nuevo abre la posibilidad a otros cuestionamientos que permiten clarificar la información, pretendiendo no afectar la validez y la fiabilidad de la técnica; simplemente incorporar datos que arrojen luz al análisis de la temática.

#### **b) Fuente Secundaria de datos: Escalas de evaluación.**

La metodología cualitativa requiere un rigor científico por lo cual se debe citar con precisión cada fragmento de su diseño de investigación. La incorporación de técnicas cuantitativas (sin implicar un estudio mixto), tienen por objetivo complementar los resultados que se obtiene del análisis de los diferentes discursos y los registros escritos. Es necesario fundamentar en este punto, la utilización de escalas en un diseño de estudio cualitativo dado que mayoritariamente su aplicación se instrumenta en estudios cuantitativos o mixtos. Las disciplinas provenientes de las ciencias, que utilizan la metodología cualitativa (priorizando la singularización por sobre la generalización de los resultados), reconoce sus limitaciones; pero cuyo paradigma permite socavar e incorporar técnicas de origen cuantitativo a fin de generar construcción de saberes de carácter científico. El uso de escalas permite la obtención de información de manera estandarizada, como forma de evaluar la evolución del proceso de seguimiento. En este sentido, la escala “permite evaluar el estado de cada una de las áreas susceptibles de ser intervenidas” (Casas, Escandell, Ribas & Ochoa, 2010, p.26); así como también, según mencionan los autores, pueden valorar las intervenciones realizadas: “la información recogida a lo largo de las distintas intervenciones terapéuticas, nos permite revisar la eficacia y la eficiencia los programas de rehabilitación que se han desarrollado”. (Casas, et al,2010, p.26).

Las escalas permiten evaluar la presencia de sintomatología así como el desempeño global del paciente y su calidad de vida. Esto último incluye el desempeño a nivel cotidiano, así como los vínculos sociales y laborales que el sujeto establece.

#### **b.1) Escalas:**

##### **b.1.1) Escala EEAG.**

Los procesos de rehabilitación en su mayoría, utilizan escalas de medición que permiten evaluar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. En sí misma la calidad de vida según la OMS es la forma en que el individuo configura una percepción personal e individual acerca de su situación de vida, tomando como referencia el contexto cultural y los valores en los que vive. Es necesario a su vez priorizar las expectativas que la persona tiene respecto de su propia vida, sus objetivos e intereses. No existe un parámetro

único, sino que debe contemplarse el universo individual, para sí aproximarse a una visión más ajustada a la realidad de cada ser; no estableciendo generalizaciones.

En esta oportunidad se aplicó la EEAG como forma de valorar el desempeño global del paciente. “La American Psychiatric Association propone la EEAG (28) para la valoración del funcionamiento general de los pacientes a lo largo de un continuum de salud-enfermedad. Esta escala está siendo validada por un grupo de trabajo de la Fundación Seny”. (Casas, et al,2010,p.31) y permite medir entre 1 a 100 la actividad del sujeto; donde 100 sería una actividad satisfactoria y 1 representa cuando el sujeto no tiene expectativas de vida y está próximo a la muerte. Esta escala tiene la dificultad de valorar en una misma categoría, criterios muy diversos, como por ej. síntomas, con áreas de discapacidad. Por esta razón ha sido muy criticada, pero es utilizada para evaluar procesos de rehabilitación: funcionamiento global, social, su capacidad de Independencia y autonomía, entre otros.

### **b.1.2) Escala PANSS**

“Escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), explora los Síndromes Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. En nuestro entorno es una de las escalas más utilizadas (PANS; Kay, Fiszbein, Opler, 1987).” (Gisbert,2010,p.70). Consiste en valorar 30 ítems: 7 ítems evalúan los síntomas positivos, 7 los negativos y 16 los de la psicopatología general. A través de su puntuación permite una aproximación a una perspectiva dimensional de la situación clínica del paciente. Su aplicación al inicio y al cierre del proceso, sistematiza la evolución de la sintomatología. Pesquisa aquellos componentes del funcionamiento del paciente que se encuentran presentes y aquellos que no.

Casas, et al. (2010) efectúa un planteo interesante sobre los problemas a los que el investigador se enfrenta, cuando pretende evaluar la sintomatología en la esquizofrenia; esta autora se pregunta acerca de ello:

Si algunos síntomas negativos deben evaluarse como verdaderos síntomas, en el sentido clínico tradicional, o bien si son ya consecuencia de la reacción del paciente ante una enfermedad y el ambiente familiar y social y también en qué medida son consecuencia de la medicación administrada crónicamente?. (2010,p.35).

Las escalas se aplicaron al inicio del seguimiento y con posterioridad a la finalización del mismo (en los momentos de corte estipulados). Los resultados se cotejaron con el análisis de los datos obtenidos de las diversas fuentes de datos.

Blaikie (1991) plantea que como forma de validar los resultados y mitigar los problemas de sesgo, las escalas son consideradas como una de las referencias más validas y fiables que pueden verter indicadores simples. (Betrián Villas, Galitó Gispert, García Merino, Jové Monclús & Macarulla Garcia, 2013). Arrojan datos objetivos del proceso que se establece en el paciente durante este período de tiempo y permite analizar desde el punto de vista psicopatológico la evolución de la sintomatología y el desarrollo del desempeño global y funcionamiento general del paciente.

### **c) Fuente terciaria de datos: fuentes documentales.**

Se incluyeron en la investigación, fuentes de datos con el fin de obtener la información desde diversas perspectivas. A saber: los documentos de la historia clínica del paciente; allí existe una síntesis de las internaciones y la evolución del paciente durante las mismas, desde la perspectiva del técnico.

Por otra parte se utiliza como fuente de datos: los registros escritos de las entrevistas efectuadas por las acompañantes, durante el transcurso del seguimiento. Esto posibilita la comprensión del proceso de seguimiento durante el transcurso del mismo.

#### **2.1.1.5 Análisis del material: Interpretación de la narrativa del caso desde el punto de vista Psicoanalítico**

Para la lectura y el análisis de los datos se tomó como referencia la teoría psicoanalítica a punto de partida de los diferentes discursos. El material que surge de los mismos, se triangula con las escalas aplicadas y el marco teórico referencial. Este último ha sido elaborado con una mirada desde el psicoanálisis y la psicopatología; a modo de ir comprendiendo y construyendo la situación clínica particular.

El vocablo análisis es proveniente de los griegos “analysis” y significa: “disolución”. La Real Academia Española (RAE) lo define como la: “distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos”, posteriormente, y en su segunda acepción encontramos que es el “examen que se hace de una obra, de un escrito o de cualquier realidad susceptible de estudio intelectual”. (RAE).

Noguero López (2002), señala la importancia que el paradigma de la investigación cualitativa, requiere un estudio profundo de la información recabada en la recolección de los datos. Para ello autores citados por él como Pérez Serrano (1994), proponen un método de análisis de contenido. El análisis requiere de la elaboración y organización del material recabado y de los contenidos, por lo cual se construyeron categorías emergente a tales fines. Estas permiten sistematizar la información de las diversas fuentes de datos,

estableciendo un orden que guíe el desarrollo del análisis. Dichas categorías refieren a aquellas que “surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación” (Cabrera,2005,p.64). Es decir conforman un eje referencial para distinguir los aspectos relevantes a destacar durante el proceso. Se entiende que aquella información que no se corresponde con las categorías mencionadas, no se utiliza como material de análisis; y por relevancia se comprende la “recurrencia o por su asertividad en relación con el tema que se pregunta”. (Cabrera, 2005,p.68).

Los datos serán analizados, hasta que se considere que se alcanza un momento de saturación de los contenidos. La saturación implica un “punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante”. (Salamanca, & Martín-Crespo, 2007,p.3).

Se utilizó un criterio cronológico para el análisis de los datos. El estudio longitudinal del caso, permite contrastar las categorías emergentes en dos momentos de corte del proceso: al inicio y al finalizar el mismo. Se analizará cada momento de corte mediante la triangulación del material obtenido de: los instrumentos de recopilación de datos (entrevistas, registros escritos), los instrumentos de medición (escalas) y del marco teórico.

Las conclusiones se extraerán del análisis obtenido en cada categoría, cotejándolo con los objetivos específicos; pudiendo observar la existencia de coincidencias o divergencias, en función del origen del dato e intentando responder las preguntas del problema de investigación planteado.

### **3. Descripción de actividades.**

#### **Proceso de Seguimiento y de investigación:**

El proceso de seguimiento se inicia en el mes de junio y finaliza la tercera semana de noviembre del año 2014. Tuvo un tiempo de duración de 5 meses y 2 semanas, contabilizando un total de 22 encuentros. Como ya se explicitó: se efectuaron dos momentos de corte en el proceso de intervención del seguimiento.

#### **3.1 Primer momento de corte: inicio del seguimiento**

##### **Entrevistas en el marco de la Investigación**

Entrevista con psiquiatra de sala: en esta instancia se mantuvo una entrevista con la psiquiatra del hospital Vilardebó donde surgieron diversos elementos que permitieron conocer la situación clínica de “L” (se designará así al paciente sujeto de la investigación) en el ingreso y su evolución durante la internación. Relata su impresión clínica en relación a la evolución de la enfermedad y su pronóstico. Aporta datos sobre su desempeño en sala y el vínculo que estableció con los compañeros y los funcionarios del hospital. A su vez



menciona los motivos de la derivación al seguimiento y la importancia del mismo en estos momentos del proceso.

Encuentro con la familia y con “L”: la primera entrevista se efectuó en la vivienda de “L”, una vez dado de alta. Los contactos telefónicos se obtuvieron de los registros de la Historia Clínica. En la comunicación telefónica, la familia mostró total disposición a la situación de entrevista, y a su participación en la investigación.

Al momento de llegar a la casa de “L”, su madre y hermana son quienes reciben a la investigadora y acompañan de forma amable a la pieza donde vive “L”. Este se encontraba al tanto de la visita. Se acuerda con él, el encuadre de trabajo y en consonancia con esto, se firma el consentimiento informado. A partir de ese momento, se comienza a desarrollar la entrevista.

Entrevista con “L”: la entrevista mantenida, duró un lapso de 1h de tiempo. Las entrevistas, como se señalaba en la metodología, fueron de carácter semiestructurado. Se instrumentó una guía orientadora que permitió mantener un hilo en la conversación y fueron emergiendo nuevos contenidos a indagar. El objetivo de las mismas, consistió en conocer el funcionamiento cotidiano de “L” y su constitución familiar; así como la narrativa de su historia. Se indagó sobre su red social y comunitaria; así como su percepción acerca de la enfermedad y su relación con el tratamiento.

Es de mencionar, que si bien la entrevista se produjo en un clima de tranquilidad y buen rapport, en sus inicios se desplegaron contenidos paranoides debido a la presencia del investigador. Esta figura fue vivida por “L” desde un lugar de control y una presencia amenazante ante una posible internación (según el relato posterior de su familia). Estas fantasías y temores, se fueron disipando durante el transcurso de la entrevista, lo cual se evidenció en su actitud postural y la fluidez en la conversación.

Entrevista con la Familia de “L”: en esta instancia participó: el padre, la madre y la hermana menor. Se explicita nuevamente el sentido de la investigación y se firma el consentimiento informado. La entrevista familiar, permitió conocer las diversas perspectivas de los integrantes acerca de “L”. Sus vivencias entorno a su enfermedad y el funcionamiento general: establecimiento de vínculos (intra y extrafamiliar), inserción en los distintos ámbitos, entre otros temas.

La recopilación de datos de la historia con énfasis en diversos momentos, permitió establecer una cronología y conocer las vivencias de la familia en relación a “L”, y su afectación en el proceso de la enfermedad.



## **Aplicación de Escalas PANSS y EEAG**

La aplicación de las escalas en este momento del proceso, permiten pesquisar la situación psicopatológica de “L”, en cuanto a la presencia de síntomas positivos y negativos; factores que explora la escala PANSS. Por otra parte se aplicó la escala EEAG que implica el conocimiento de su desempeño a nivel global: tanto en su manejo cotidiano, como el desarrollo de los vínculos laboral y social.

## **Recopilación de datos de la Historia Clínica**

Se tuvo acceso a los registros de la Historia Clínica, donde se efectuó un recorrido que da cuenta de las internaciones de “L” en el hospital Vilardebó. Asimismo, existen registros sobre un período intercrítico, en el cual recibió asistencia en la policlínica de dicho hospital; hecho muy significativo en la historia de sus tratamientos, que trae de forma recurrente en su discurso (al igual que su familia). No se accedió al registro de la Historia Clínica de su internación en una mutualista de Montevideo, reconstrucción que se efectuó de los diversos relatos familiares.

### **3.2 Segundo momento de corte: posterior al cierre del proceso.**

#### **Entrevistas:**

Entrevista con la Médica de Policlínica: se mantuvo una entrevista muy breve con la psiquiatra tratante de la policlínica de la zona. Dicha técnica puedo aportar datos concretos sobre la situación de “L”.

Entrevista con “L”: esta entrevista se produjo en un clima de mayor confianza. No emergieron contenidos paranoides como en la primera instancia. “L” se mostró muy dispuesto a la entrevista, lo cual posibilitó la expresión de sentimientos y un mayor acercamiento a contenidos de su historia. Pudo manifestar allí su visión entorno al seguimiento y la forma en que el mismo incidió en su vida. La entrevista tuvo una duración de 1h aproximadamente.

El encuentro con la Familia de “L”: esta entrevista permitió interiorizarse en la comprensión de la dinámica familiar. Indagar sobre la situación actual de “L” y su funcionamiento global y familiar. A su vez se aportaron datos respecto al seguimiento y el vínculo establecido con las acompañantes, desde la mirada familiar. La entrevista tuvo una duración de 1:30hs aproximadamente.

## **Aplicación de Escalas PANSS y EEAG**

Se reitera la aplicación de ambas escalas. En esta oportunidad, la escala permite medir el proceso acontecido desde la toma inicial a la final. Las escalas aportan información cuantitativa que permite evaluar cambios o modificaciones durante el lapso de tiempo entre ambas tomas.

Entrevista a las acompañantes: mediante la misma se pudo conocer el proceso de seguimiento desde la perspectiva de las acompañantes. Esta práctica fue supervisada en forma semanal por una docente a cargo de la pasantía. Las estrategias de intervención, fueron pensadas desde esos espacios y en función de las necesidades y posibilidades del paciente y su familia. Se desarrolla más adelante, la estrategia terapéutica diseñada para el seguimiento y las fluctuaciones que sufrió en el proceso. Se indagó sobre aquellos elementos que resultaron obstáculos y facilitadores de la tarea, así como los contenidos abordados.

Los componentes transferenciales tuvieron un lugar central en las entrevistas dado que implicaron puntos de inflexión en el proceso; mojón que marcó un antes y un después en el seguimiento, según se desprende del relato.

Se mantuvieron dos instancias de encuentro de aproximadamente 1h 30 cada una, dado que por dificultades horarias, se debieron mantener instancias separadas con cada acompañante.

### **3.3 Registros documentales**

#### **Registro de las acompañantes sobre el seguimiento.**

Las acompañantes mantuvieron un total de 22 encuentros con "L". Los registros de las entrevistas no son totalmente textuales. Se citan parte de los diálogos, dado que el registro en el momento de la entrevista, desplegaba contenidos paranoides afectando de manera directa el vínculo. De su relato se desprende que "L" se perseguía cuando tomaban nota, por lo que en acuerdo con la docente, resuelven registrar el proceso a modo de bitácora a modo de bitácora; citando algunos fragmentos de forma textual (los cuáles fueron registrados), dado que se consideraban imprescindibles para su análisis posterior.

## Capítulo II

### 4. Marco teórico referencial

En este capítulo se desarrollan los postulados teóricos que posibilitan efectuar una lectura de la realidad clínica planteada.

Interesa conocer a la luz de la presente investigación, el proceso que ha sufrido la SM a lo largo de las épocas, los cambios a nivel de las terapéuticas y el lugar que se le otorga al usuario en relación a su tratamiento. El dispositivo de seguimiento planteado, se alinea con las nuevas concepciones sobre la SM y ubica al usuario en un rol protagónico en la estrategia terapéutica que propone el nuevo Modelo de Recuperación.

El marco referencial teórico se subdivide en tres capítulos donde se concentran los ejes temáticos principales que permiten pensar la temática abordada. Se desglosan de la siguiente manera: en una primera instancia se efectúa un recorrido histórico sobre la concepción de la enfermedad mental y la evolución de las terapéuticas tomando como eje central la perspectiva de Michel Foucault entre otros autores. Se describe brevemente el modelo asistencial con la inclusión de la reforma psiquiátrica y el cambio actual a nivel asistencial; enfatizando en el nuevo Modelo de Recuperación y el lugar del usuario en este cambio de paradigma ideológico.

En segunda instancia se describe la Esquizofrenia como una enfermedad mental grave integrando las miradas de la psiquiatría norteamericana (Manual DSM IV, 1994) y desde la psiquiatría organodinámica planteada por Henry Ey (1969). La mirada psicodinámica se plantea desde un marco conceptual psicoanalítico a punto de partida de autores clásicos como Freud, Klein, Bion entre otros; introduciendo algunos autores que aportan una perspectiva vincular, a efectos de comprender la dinámica familiar.

En tercer lugar se aportan referentes conceptuales de la RP en pacientes con patologías mentales graves y se fundamenta el dispositivo de intervención domiciliaria (seguimiento y acompañamiento psicológico), que constituye el eje central del presente estudio.

#### 4.1 La enfermedad mental y su historia.

Desde sus inicios la concepción de la enfermedad mental y las diversas terapéuticas han estado sesgadas por luchas constantes entre el ejercicio del poder y el control sobre la sociedad. La mal llamada “locura”, pretendió ser concebida desde lo sobrenatural, lo mágico, un poder o castigo divino; donde cualquiera de estos orígenes conducía a una

modificación en el funcionamiento del sujeto en relación a lo social. El loco debería ser apartado de la sociedad, segregado y encerrado.

La psiquiatría, como rama de la medicina abocada al estudio de la vida mental del sujeto, reclama su lugar entre las ciencias; pero sus explicaciones entorno a la enfermedad mental, no distaba en gran parte de las ideologías predominantes en las diversas épocas. El “loco” estaba confinado a su propio sufrimiento y aislado en instituciones creadas por hombres, para hombres; desposeyéndolo de toda subjetividad, quedando su destino supeditado al criterio médico.

Con anterioridad a la creación de la psiquiatría como ciencia, en las culturas más antiguas existían figuras que abordaban los problemas de la mente. Las personas que padecían esta enfermedad no hablaban acerca de su dolencia. Los chamanes y los curanderos no tomaban en cuenta el decir del paciente. Los métodos: exorcismo, acupuntura, la purificación del alma, los chalecos químicos, responden a una lógica imperante. En una sociedad que imparte una lógica de control social, los sujetos que han perdido la razón, se encuentran vulnerados en su derecho y su lugar en la existencia.

Descartes lo describía así:

la razón ocupa el lugar a partir del cual se erigirá el sujeto: sin la razón, no hay sujeto, no existe. De ahí que frente a la locura, o el enfermo mental, se podría pensar en el surgimiento de una angustia ante la posibilidad de que el sujeto no exista. (Jaimes, 2012,p.85).

El nacimiento de la psiquiatría pretende cambiar la respuesta de las terapéuticas utilizadas hasta el momento y la concepción de sujeto que sufre o padece la enfermedad, mediante la construcción de hospitales psiquiátricos (La Bicetre y la Salpêtrière); pero continúa predominando aún el lugar hegemónico de la Medicina.

Michel Foucault (2001) refiere que existe una clara intencionalidad en mantener alejados y aislados a los locos del resto de la sociedad, ya que garantiza la preservación de la integridad y restablece el orden social; el fin es despojar a las personas sanas, de la locura social. Moffat plantea “para una comunidad de “sanos” es muy cómodo tener un “tacho de basura psicológico” dónde proyectar las partes locas y sentirse más sanos todos” (1974,p.7). La ideología de la época pretende a través de esta forma de actuar, encapsular la locura, en el afán de hacerla desaparecer y que la sociedad de la época estuviese a salvo de “contagiarse”; estrategia que no pretende buscar una solución, sino que simplemente condena a aquel que padece un sufrimiento psíquico. Los locos eran concebidos como aquellos que “perdieron la razón” y habitan otro estado mental, “una especie de pesadilla

continua que va desde un nirvana placentero a un terror de pesadilla”. (Moffat,1974,p. 6).

Asimismo Foucault plantea que la psiquiatría “no sería un recuento de los esfuerzos para combatir la enfermedad mental sino la historia de la derrota de la libertad por el control y del predominio del poder sobre el conocimiento” (Salaverry;2012,p.147).

A través de las épocas, la concepción de sujeto y por lo tanto de enfermedad ha cambiado. En sus orígenes la clínica o lo que implica el abordaje de un paciente con un padecimiento psíquico o físico, era concebido como un objeto a estudiar; objeto en el sentido más literal del término. Michel Foucault (2001) ha descrito en su libro el “Nacimiento de la clínica”, la mutua determinación entre los avances científicos médicos y los cambios políticos y económicos. La clínica (o el método clínico) según el autor, ha sufrido múltiples embates desde su nacimiento en el siglo XVIII. Es considerada un espacio de encuentro entre dos seres: uno que padece una dolencia y otro que se ofrece a ayudarlo. Este autor refiere: “para conocer el hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo”. (Foucault,2001,p.23). En este sentido, independientemente del sujeto, la enfermedad es considerada como una entidad aparte, con un inicio, un desarrollo y una evolución.

A raíz de los cambios económicos y políticos, sobre mediados del siglo XIX, el “sujeto” cobra un lugar preponderante. La enfermedad deja de ser considerada un hecho aislado del sujeto, y el paciente empieza a considerarse como un ser que afecta y es afectado por su enfermedad. Se produce aquí un corrimiento desde las aulas a los hospitales; donde el saber teórico deja de ocupar un lugar hegemónico. El médico comienza a ubicarse al lado de la cama del enfermo para una mejor comprensión de su patología y el “sufrimiento” adquiere un nivel de relevancia. Concomitantemente se produce un movimiento de externación de los pacientes al contexto familiar y social como forma de contribuir en la evolución de la enfermedad, en pro de la salud. Se subraya esta frase, dado que se inaugura a partir de este momento un cambio a nivel de las terapéuticas. La enfermedad no se observa como un hecho aislado, sino que empieza a consignarse en relación a un sujeto que “*sufre*”; es decir el ser humano es tenido en cuenta en relación a la enfermedad y a lo que él transmite sobre la misma: “una época en que la sensibilidad del enfermo enseñaba al médico el camino a seguir” (Guzmán, 2010,p.71). La mirada y la escucha clínica, pilares fundamentales de la psicología clínica, permiten un abordaje integrando el registro de lo singular. Implica un reconocimiento de sí mismo a través de su historia; lo singular y lo social se entrecruzan. El sujeto es producto y productor de la historia social.

Pierre Bourdieu (2001) comprendía la subjetividad como la utilización de significaciones sociales que se producen en el cruce de las condiciones materiales, con las condiciones simbólicas de existencia; las mismas permiten decodificar e interpretar los fenómenos, los acontecimientos y las relaciones sociales. Es en la vida cotidiana de los

sujetos (casa, institución), donde se despliegan y enmarca la producción de subjetividad; un escenario que permite observar el desarrollo de las interacciones. Cada sujeto narra su propia historia, la cual no responde a una sumatoria de acontecimientos, sino que implica la elaboración de una trama de sucesos que permiten contribuir a la creación de un todo coherente.

#### **4.1.1 Movimientos más actuales. Reforma Psiquiátrica.**

El movimiento anti psiquiátrico, comienza en 1959, con Laing, Cooper, y Basaglia en Italia. El aislamiento comienza a perder terreno y los lugares de encierro y exclusión, se transforman en lugares de cuidados; en centros que permitan atender el sufrimiento psíquico. El cambio principal a nivel del paradigma, se produce en la inclusión de la asistencia de los pacientes con enfermedades mentales, en los hospitales generales. Este cambio paradigmático implica: pasar de la exclusión de la locura a la inclusión de la misma.

Sobre 1993, Emiliano Galende comienza a plantear alternativas entorno al campo de la SM:

un sistema inicial descentralizado, en centros periféricos y en un trabajo asistencial más volcado a la comunidad que devuelva a las personas a esa misma comunidad desde un papel protagónico. Esto implica entonces la constitución de redes asistenciales, que integren a las familias, grupos primarios, etc., en los tratamientos. (Ottaviano, 2011,p.49-50)

La declaración de Caracas marca un mojón en cuanto a la atención en SM. En Uruguay en 1985, con el regreso del gobierno democrático, se inicia un movimiento que pregona el cuidado y la defensa de los derechos humanos y en particular a los enfermos mentales. En los años 90, previo a la proclamación de Caracas, se enjuiciaba críticamente el trato que se brindaba a los pacientes psiquiátricos en los hospitales a nivel universal. Rodríguez & González (2007) enumera 4 componentes claves a saber: el ético-jurídico (en el sentido de la violación de los derechos humanos), el clínico (los tratamientos propician la cronificación de la enfermedad mental), el institucional (relación asimétrica y de sumisión ante la figura del técnico) y el económico (muchas inversiones de gastos en la asistencia de pacientes en el hospital psiquiátrico, sin garantías de efectividad en los tratamientos).

En Uruguay hoy en día, coexisten aún, ambos modelos: un modelo que congrega el hospital Psiquiátrico monovalente y dos Colonias asilares; y un modelo comunitario que pretende un movimiento de descentralización de la atención, con políticas de Derechos Humanos y de inclusión social; basados en un sistema de red de atención comunitaria.

Si bien no existen investigaciones a nivel del hospital Vilardebó, sobre la eficacia de

las terapéuticas, los indicadores del Departamento de Estadística refieren un alto porcentaje de reingresos anuales, transformándose el hospital en un sistema de puerta giratoria; dado que aún los recursos en la comunidad no operan de manera eficaz.

La OMS enfatiza en un cambio de paradigma a nivel de la SM, que pretende dar respuestas más apropiadas y ajustadas a las necesidades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone un cambio de paradigma a nivel asistencial, enfatizando en los siguientes componentes: “de exclusión a inclusión, de una aproximación BIO-MEDICA a una BIO-PSICO-SOCIAL, del hospital a la comunidad, de la atención a corto plazo a una de largo plazo (la genuina Rehabilitación), de la acción individual al equipo de trabajo” (Rodríguez & González, 2007,p.19).

A su vez en el año 2001 la OMS, recoge las 10 proclamas principales de la declaración de Caracas y se cuestiona su aplicabilidad, dada la hegemonía que impera hasta el día de hoy, sobre los hospitales psiquiátricos; desde lo organizativo, cultural y presupuestal.

Destaca 4 brechas existentes en relación a la atención en SM: la accesibilidad, la calidad en la atención, la prevención, el estigma y derechos humanos.

A nivel de América Latina y el Caribe, con posterioridad a la Declaración de Caracas, se han instrumentado Políticas en el marco SM. Se promueve la descentralización en el hospital psiquiátrico y una fuerte inclusión a nivel comunitario; para ello se crearon dispositivos y programas residenciales y de rehabilitación.

En la reforma psiquiátrica han participado voceros, judiciales, sociales, usuarios y familiares, preocupados por los pacientes quienes presentaban escasa posibilidad de supervivencia; en su mayoría provenían de un contexto familiar de extrema pobreza. Las familias se encontraban solas y no contaban con el apoyo del paciente ni de servicios comunitarios; asimismo los hospitales no podían dar respuesta a lo elevado de la demanda y el crecimiento demográfico de esta población. Con la Declaración de Caracas, se asentaron algunas iniciativas que la antecedían y otras comenzaron a desarrollarse a partir de ese entonces; se crean ámbitos de inserción comunitarios, donde los pacientes eran tratados desde un abordaje más integral y desde un enfoque en la línea de la prevención.

Las bases principales que proclama la reforma psiquiátrica se sintetizan de la siguiente manera: la interacción de factores (incidencia de lo bio-psico-social), la interdisciplina (la inclusión de las diversas miradas en torno a la atención) y la continuidad terapéutica (implica un PIR teniendo en cuenta su singularidad).Las nuevas terapéuticas enfatizan en el cambio de paradigma: trabajo en Equipo, tratamientos ambulatorios y domiciliarios.

La nueva perspectiva consiste en brindar oportunidades a la persona (11) para que dé fuerza a su proyecto de vida y a sus relaciones comunitarias. La red de servicios se configura entonces, como un andamiaje que permite a la persona erigirse en agente reformador de su vida y del sistema social. (Rodríguez& González,2007,p.60)

Este proceso de cambio, alude a una reforma internacional: EEUU en los años 60 contaba con 600 centros comunitarios en SM. En España impulsados por Basaglia se establece la creación de comunidades terapéuticas. Nicaragua instrumenta centros de atención psicosocial. Tanto Cuba como Brasil fueron asimismo pioneros en la instrumentación de dispositivos y en llevar adelante los movimientos antimanicomiales.

Comienzan a surgir conceptos como equipos terapéuticos interdisciplinarios, los cuales ubican al usuario en un lugar central, y con potencialidades; generando procesos de mayor autonomía, en pro de la reinserción social y por ende de la Rehabilitación.

A pesar de todos estos movimientos, Fernández (2012) advierte al respecto. La reforma implicaría pasar de un modelo de alienación a otro de defensa de los derechos humanos. El sostiene que más allá de las intencionalidades y del resguardo que se genera para esta población, la SM está asociada y es garante de un buen desarrollo de la sociedad económica. Dice al respecto:“Del discurso del encierro, de la marginación, del sostenimiento de prácticas interventivas -lobotomías, hidroterapia, electrochoques- al del respeto por los derechos humanos, el respeto a la dignidad, y la inclusión social existen similitudes y diferencias”. (Jaimes, 2012,p.86)

Hoy en día los movimientos continúan y aún se intentan reformular los nuevos planes instrumentados desde los cambios políticos. En Uruguay estos movimientos en pro de la reforma, se enmarcan en los nuevos Programas de SM impulsados desde el MSP y por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

#### **4.1.2 Actualidad: Nuevo Modelo de Recuperación.**

Hoy en día, la SM se encuentra de cara a los nuevos cambios a nivel del paradigma asistencial, enmarcados en la reforma psiquiátrica. Se instaura un nuevo concepto de “Recuperación” donde el sujeto adquiere un rol protagónico en su proceso de rehabilitación y tratamiento.

#### **Concepto de Recuperación**

La recuperación entendida en un sentido abarcativo y no literal. El psiquiatra español Domingo Díaz del Peral (2013) quien trabaja en un programa de rehabilitación para pacientes con patologías mentales graves, introduce un nuevo concepto dentro de este



proceso, denominado “Recovery” o “Recuperación”. Implica un modelo, una filosofía, un paradigma, un movimiento, una visión o enfoque en la relación pacientes-tratamiento; alude a una nueva modalidad de concebir al paciente. Tiene por objetivo principal recuperar parte de su proyecto de vida, partiendo del descubrimiento de su propio ser y sus deseos personales.

La recuperación implica:

apoyarse en las fortalezas, en las potencialidades que quedan y en el proceso dinámico de querer seguir desarrollándose en esa nueva situación. El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo lugar y con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos, pero con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades. (Gisbert, 2003,p. 26-27).

Algunos de los componentes que caracterizan al modelo, según se cita en la conferencia dictada en ASSE en 2014 a cargo del Dr. Domingo Díaz del Peral, son aquellos que ubican al usuario en un rol protagónico, empoderándolo en su propio proceso de rehabilitación; otorgando una luz a la esperanza, promoviendo y fortaleciendo las características individuales. Asimismo refuerza el lugar de responsabilidad y de pleno uso de sus derechos como ciudadano. Se enfatiza en la necesidad de contar con el apoyo tanto de su familia como de sus pares. A nivel técnico se pretende trabajar a través de un sistema de redes que promueva y potencie el proceso.

#### **4.2 ¿Qué es la Esquizofrenia?**

Como se citó previamente, el interés de trabajar con un caso cuyo diagnóstico psicopatológico según el Manual de psiquiatría norteamericano DSM IV (1994), es esquizofrenia, se basa en la prevalencia de este TM por encima de otros. Configura uno de los trastorno mental graves con características que lo identifican; a grandes rasgos produce una modificación y transformación en el funcionamiento de las personas y en su vida de relación. Posee una alteración a nivel de su relacionamiento con el mundo, con un mayor nivel de vulnerabilidad al estrés y dificultades en poder afrontar las demandas del ambiente. Existe un nivel deficitario en las capacidades y habilidades para que el sujeto pueda manejarse de manera autónoma. Se observan dificultades en relación al establecimiento de redes sociales de contención y apoyo, limitándose muchas veces al contexto familiar; generando un aislamiento a nivel social. Desarrollan vínculos dependientes (en la mayoría de los casos), con algunas personas de su entorno y con los sistemas sanitarios o sociales que le brindan apoyo. Se detentan alteraciones en su funcionamiento cotidiano, así como su

inserción en el mundo laboral. La terapéutica indicada para estos casos abarca una perspectiva integral: el tratamiento farmacológico y el proceso de rehabilitación. El tratamiento farmacológico tiene como objetivo principal, la remisión sintomatológica y una disminución de los componentes psicopatológicos; en tanto la rehabilitación implica un proceso en el cuál el sujeto puede hacer uso de sus capacidades tanto personales como sociales en el desempeño de los distintos roles en la vida social y cotidiana. Ambos componentes, deben desplegarse de manera paralela, en concordancia y de forma complementaria.

#### **4.2.1 Orígenes y acepciones**

La esquizofrenia, desde un punto de vista más modernista, representa el cuadro clínico más emblemático de la psiquiatría. Produce una perturbación en la vida del sujeto, a nivel de la conciencia, de su vida anímica, de su vivencia corporal y social; desencadenando un proceso de alienación del sujeto.

Desde sus primeras clasificaciones nosográficas, es considerada como una psicosis esquizofrénica, que ha tenido diversas acepciones en relación a su presentación clínica y su evolución. Entre 1893 y 1915, existieron múltiples debates acerca de su denominación. Por un lado Emil Kraepelin (1955) la llamó Demencia Precoz, describiéndola como un proceso degenerativo, disparando controversias, dado que éste término se asimila al alienismo francés. Este autor considera que se trata de un grupo de psicosis crónica, que evoluciona por episodios intermitentes. Puede detenerse en algún momento o aislar los momentos de crisis; pero que no permite una restitución total, conduciendo a un deterioro en edades tempranas.

El psiquiatra francés Benedict Morel (1857) desarrolla la Teoría de la degeneración, considerándola como un proceso donde la vida del sujeto se tornaba estereotipada. Su lenguaje, sus gestos y el negativismo propio, caracterizaban al sujeto. Sus facultades cognitivas, llegan a su punto culmine; designándola por tanto “demencia de los jóvenes”. El término obedece a su aparición temprana y evolución deteriorante.

Eugen Bleuler (1908) la conceptualizó con el término esquizofrenia que literalmente significa: “mente escindida”. Esta designación no implica simplemente un cambio a nivel terminológico, es un cambio de posicionamiento en relación al lugar del “enfermo mental” y su concepción. La preponderancia de la sintomatología y su evolución comienzan a ceder terreno, en pro de la interpretación psicopatológica de los mismos. De ahora en adelante el sujeto deja de ser considerado un conjunto de síntomas y síndromes, en pro de lograr una comprensión más cabal y profunda acerca de su patología. Esto produce movilizaciones en

el mundo de la psiquiatría y el foco de atención se ha desplazado en este sentido.

Bleuler (1908) en sus conceptualizaciones efectuó una revisión de los textos de Kraepelin, influido por Freud, Griesinger, Charcot y Janet, quienes lo acercaron a generar un análisis psicológico de la enfermedad mental; sin por ello descuidar su causa orgánica ni su desencadenamiento y dinámica inicial. La interpretación psicopatológica de los fenómenos permiten comprender el desarrollo procesual de una persona con esquizofrenia. Dentro de los fenómenos más observables, este autor describe cuatro componentes fundamentales, denominadas las 4 "A": Trastorno **A**sociativo (ideación ilógica e incoherente), **A**utismo (predominio de la vida interior por sobre la vida de relación), **A**mbivalencia (sentimientos simultáneos y contradictorios) y Trastornos **A**fectivos (tendencia al retraimiento, aislamiento emocional, aplanamiento afectivo e incongruente).

En 1911 es definida por Bleuler de la siguiente manera:

Los esquizofrénicos más graves, que no tienen más contacto con el mundo externo, viven en un mundo propio. Se han encerrado en sus deseos y anhelos (que consideran cumplidos), o se ocupan de las vicisitudes y tribulaciones de sus ideas persecutorias; se han apartado en todo lo posible de todo contacto con el mundo exterior. A este desapego de la realidad, junto con la predominancia, relativa y absoluta, de la vida interior, lo denominamos autismo. (Sales,2006,p. 60)

En la actualidad, los tratados de psiquiatría y manuales, se basan en las concepciones de Kraepelin (1955) y Bleuler (1908), para realizar sus descripciones clínicas.

Uno de los seguidores fue Henry Ey (1978) (psiquiatra y psicoanalista francés), quien acercó la psiquiatría al psicoanálisis. En su tratado de psiquiatría presenta la descripción clínica de los casos desde una perspectiva organodinámica; incluye: herencia, fisiopatología y neurotransmisores, integrando una perspectiva psicoanalítica. Define a la esquizofrenia como: "psicosis crónica que altera profunda y progresivamente la personalidad, donde el sujeto cesa de construir su mundo en comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario". (1978,p.473).

En su descripción clínica refiere que es un cuadro que presenta un síndrome deficitario (negativo) de disociación caracterizado por: apatía, anhedonia, pobreza a nivel del pensamiento) y un síndrome secundario (positivo) donde aparece: producción de ideas, acompañada de sentimientos y principalmente una actividad delirante, alteraciones conductuales (catatonía). Gabbard (2000) incorpora un tercer síndrome cuya afección

incluye las relaciones interpersonales (agresividad, retraimiento social y sexual, alteraciones en el vínculo con los demás).

La perspectiva anglosajona (DSM IV), por su parte realiza la descripción clínica del cuadro, mediante dos agrupaciones: los síntomas positivos (delirios, alucinaciones y conductas como la catatonía o la agitación), y los síntomas negativos (afecto restringido, pobreza del pensamiento, apatía y anhedonia) ambos describen el funcionamiento global del paciente. Se observan a su vez alteraciones en el establecimiento de relaciones interpersonales donde surgen conductas o manifestaciones inapropiadas en relación a la agresión y la sexualidad. La vulnerabilidad psíquica, se detenta en la pérdida de los límites entre el mundo interno y externo. La vivencia y sensación de amenaza proviene del mundo exterior, que por momentos es introyectado y amenaza desde adentro. De allí la construcción de la ideación paranoide y su concomitante aislamiento social.

Las perspectivas anglosajona y francesa convergen en considerar que la evolución del cuadro, es en general de carácter deficitario y produce una disgregación de la vida psíquica del sujeto, generando una alteración funcional a nivel global.

#### **4.2.2 La esquizofrenia y el enfoque psicoanalítico.**

En este capítulo se pretende abordar algunos componentes del psicoanálisis que posibilitan una explicación psicodinámica de los procesos psíquicos; donde se deja de lado el papel preponderante de los factores instintivos, y se produce un mayor acercamiento a las relaciones que el sujeto establece con el entorno. Se tendrán en cuenta por lo tanto los componentes intrapsíquicos, así como también los interpersonales y grupales.

Los diversos paradigmas, enfatizan en una alteración del funcionamiento psíquico producida en los primeros años de la vida del niño. Existen otras teorizaciones que encuentran sus causas en determinaciones de índole más biologicista.

El psicoanálisis Freudiano, teoriza sobre concepciones básicas acerca de la psicosis; desarrolla para ello un esquema de pensamiento similar al que emplea para comprender la neurosis. En 1924 refiere que la neurosis es la resultante de un conflicto entre el Yo y el Ello, mientras que la psicosis es un conflicto entre el yo y la realidad (mundo exterior). Va a plantear que el origen de las construcciones delirantes, se inician allí donde se produjo la desgarradura entre el yo y la realidad. El delirio se homologa a “un parche”, un intento reconstitutivo del vínculo con el mundo exterior. La resultante de este conflicto, citaba Freud (1924), alude a un ser que pierde el contacto con la realidad; que no puede discriminar su sí mismo del exterior; diferenciación yo/no-yo. Existe una dificultad para reconocer los propios límites corporales o generar un proceso de discriminación entre los pensamientos, emociones y sensaciones somáticas.

Freud (1924) refiere que al establecerse un conflicto entre el yo y la realidad, en ambos (neurosis y psicosis), en primera instancia el yo obedece de manera inicial a la realidad externa y en la neurosis luego se producirá una huida de la misma. Un alejamiento de la realidad y un repliegue libidinal hacia el objeto de sus fantasías. Contrario a esto en la psicosis se produce un alejamiento de la realidad (aislamiento) y le prosigue una etapa donde esa libido recae sobre el yo en una acción restitutiva. Estos contenidos rechazados de la realidad, no desaparecen, sino que vuelven transformados en angustia, con una intención dirigida hacia el yo (construcciones delirantes).

Previo a esto, en 1895, Freud plantea que las representaciones que son inconciliables con el yo, se proyectan al exterior. No son reproches provenientes desde el interior del sujeto, sino que se transforman en contenidos ideicos (delirante) o alucinatorios.

En 1914 en Introducción al Narcisismo va a mencionar que en el caso de la psicosis, se produce una retracción libidinal, donde se desinvisten de forma masiva los objetos del mundo exterior y se produce una vuelta sobre sí mismo; de una libido de objeto a una libido narcisista. Esta vuelta sobre el Yo, deja desprovista de toda catectización a los objetos del mundo exterior; por lo cual los objetos y el mundo dejan de parecerle reales y vivos. La libido retorna a etapas previas del narcisismo infantil, a las representaciones del self y a las representaciones mentales del propio cuerpo.

A nivel del pensamiento: se observa un funcionamiento “primitivo”, “arcaico”, “prelógico”, “autístico”. Esta nueva organización es producto de la regresión libidinal, donde emerge un funcionamiento psíquico que obedece al proceso primario. En el retorno a etapas infantiles, la regresión obtura la posibilidad o presenta fallas en el acceso a niveles de simbolización; por lo cual el pensamiento se torna concreto. La presencia del proceso secundario y por lo tanto un pensamiento lógico racional, es casi nula. Este proceso de pensamiento busca la gratificación inmediata de las pulsiones; una descarga libidinal. Aparece por tanto, un predominio de los fenómenos primarios, los cuales se ponen de manifiesto en los procesos de descompensación. La producción delirante, las alucinaciones y las alteraciones del pensamiento (sintomatología positiva) oficia de intento fallido (restitutivo) de reconexión con los objetos de la realidad, tal como se observa en el caso objeto de el presente estudio. Este mecanismo es concebido desde el paciente como un intento de autocura. Por otra parte la libido que permanece alojada en el yo, inicia un proceso de retraimiento, con un funcionamiento autístico (sintomatología negativa). Ambos procesos pueden converger o predominar uno por sobre el otro; determinando las características del sujeto. En términos de pronóstico, resulta más favorable la predominancia del proceso de reconexión con la realidad.

## **Algunos postulados teóricos entorno a las relaciones de objeto y las ansiedades básicas.**

A través del estudio de los fenómenos psíquicos, el establecimiento de las modalidades vinculares, las relaciones de objeto y las ansiedades básicas, posibilitan comprender la esquizofrenia en términos de funcionamiento dinámico. Estas herramientas teóricas permiten comprender las vivencias que transmite el paciente a través de su narrativa.

Las primeras modalidades vinculares, configuran la piedra fundamental de la constitución psíquica y el forjamiento de la relación con el mundo y los objetos que habitan en él. En las patologías graves (en este caso en particular) se observa una vuelta al funcionamiento primario, donde se reeditan modalidades vinculares arcaicas persistiendo la predominancia de un funcionamiento primario y procesos defensivos de la misma índole.

Los postulados de Melanie Klein (1946) enfatizan en las relaciones de los objetos y sus características. La noción central de su teoría son las fantasías inconscientes. Estas son quienes configuran las estructuras mentales, y permiten comprender la vivencia que cada uno posee acerca del mundo, de los objetos y de sí mismo. Las representaciones mentales se forjan entorno a dichas fantasías y acompañan toda actividad mental: sucesos somáticos (instintos, sensaciones físicas interpretadas como relaciones con objetos causantes de esas sensaciones). La decodificación de estas sensaciones permite el pasaje desde el mundo primario del cuerpo, al mundo simbólico de la cultura. En este sentido, se hace necesaria la predominancia de sensaciones placenteras para un desarrollo evolutivo más sano y evolucionado. Klein menciona: "para que el niño sobreviva debe existir alguna sensación placentera". (1946,p.92); es decir la predominancia de vivencias de gratificación.

Los mecanismos de defensa acompañan la actividad anímica, generando procesos dinámicos. Los mecanismos de introyección y proyección ponen en marcha un interjuego de construcciones: el mundo interno, el mundo exterior y la noción de objeto; esta dinámica configura una simultaneidad de procesos. Los mecanismos de defensa son fundantes de la vida psíquica, configurando la base de todos los mecanismos primitivos. En los trastornos mentales se observa un predominio de esta modalidad de funcionamiento, con la concomitante angustia de fragmentación.

La vivencia de objetos parciales, divide al mundo en bueno y malo. Dependiendo donde se encuentre ubicado cada uno, se dirigirán los ataques contra el objeto (sea en el mundo interno o en el exterior). Klein (1940) sustenta este postulado en la deflexión del

instinto de muerte y su remanente en el yo. Alude a la noción de posiciones en el afán de transmitir la noción dinámica del funcionamiento psíquico. Describe las posiciones: Esquizoparanoide y Depresiva, como dos estratos entre los que oscila la vida psíquica.

En la psicosis, tal como se observa en la situación clínica planteada, se produce una vuelta a esta modalidad de funcionamiento primario; donde los componentes paranoides cobran supremacía. Esta fase refiere a los inicios de la vida (3 o 4 meses), caracterizada por presentar un yo débil, rudimentario y fragmentario. Establece una relación de tipo parcial con los objetos, donde el mundo: tanto externo como interno, esta dividió en objetos “buenos” y “objetos malos”. Un pecho bueno que aparece y lo gratifica (idealizado) y un pecho ausente, que frustra y por lo tanto es odiado (persecutorio). Los mecanismos de Identificación proyectiva conducen al bebé a la vivencia de un objeto que puede dañar y aniquilar; así como su contraparte, el objeto idealizado puede salvaguardarlo del objeto persecutorio. El mundo del psicótico se vivencia de manera ambivalente, con componentes de idealización y ansiedades persecutorias, provenientes de la vivencia parcial del mundo y de los objetos. En el desarrollo del bebé, Klein (1946) menciona que prosigue una segunda fase, (desde los 5 meses en adelante) donde los objetos son vividos de manera más integrada, así como el mundo interno. La utilización de mecanismos más evolucionados, favorece y refuerza estas vivencias, con la presente angustia de separación o de pérdida del objeto (como efecto retaliativo a la fantasía de daño). Esta posición alude a la necesidad del yo de introyectar al objeto interno el cual debe ser lo suficientemente bueno, para poder superar la posición anterior; mitigando al objeto persecutorio. Esta transición se da de manera paulatina y con oscilaciones, dado que en los primeros momentos donde el bebé toma contacto con la vivencia de un objeto total, tenderá a escindirlo nuevamente por el temor a haber causado un daño irreparable. Se inicia un momento donde la madre comienza a tener un lugar y no solo el pecho, y los concomitantes sentimientos ambivalentes: la madre a la que ama es también a la que odia. Este proceso favorece la integración del objeto externo e interno. El sujeto se comienza a percibir como separado de los objetos externos, instaurando entonces la noción de realidad externa e interna. Logrando diferenciar la fantasía de la realidad externa.

Klein (1946) plantea que para que se produzca un desarrollo normal o sano, debe tramitarse la reparación real del objeto. La angustia depresiva debe mitigarse progresivamente, debiendo tolerarla, sin una huida de ella. La reparación implica un nivel de elaboración y de abstracción (asociada con la sublimación), como una forma de gobernar los impulsos. La primacía de una posición por sobre la otra, establecerá la predominancia del funcionamiento de psíquico.

Existen otros aportes teóricos que resaltan la importancia del vínculo que se



establece con los primeros objetos y jerarquizan el rol materno como constituyente psíquico; aportes éstos que permiten ampliar la mirada en relación a nuestro objeto de estudio. Estas modalidades vinculares que se establecen en los primeros vínculos se reeditan nuevamente en el vínculo terapéutico, reviviendo en dicha instancia la relación materno-infantil. Los sentimientos y afectos que se despliegan, caracterizan la modalidad vincular; pudiendo emerger sentimientos de amor, así como envidia y odio. La predominancia de los mismos, propenderán a la constitución de un psiquismo más sano y evolucionado o más patológico y menos evolucionado.

En este sentido, el psicoanalista británico Wilfred Bion (1986) (post kleiniano), resalta en sus postulados las teorizaciones en relación a las emociones que surgen en el bebe. Refiere que las emociones positivas (amor), permiten la adquisición del conocimiento, del otro, del mundo exterior; aprender de la realidad externa. Bion (1986) denomina a estos sentimientos como amor, designado con la letra (L), odio (H) y el conocimiento con la letra (K). Cuando estamos en presencia de un vínculo que no permite la adquisición de conocimiento, plagado de contenidos hostiles, se establece un vínculo (-K) o el anti vínculo según refieren los autores (Grinberg, Sor, & De Bianchedi,1986). Estos contenidos, obstaculizan la posibilidad de un contacto real con el mundo exterior, pero también con el propio sujeto; impidiéndole la posibilidad de recoger nuevos datos de la realidad y la experiencia para poder crecer (el aprendizaje a través de la experiencia). Se establecen entonces situaciones ambivalentes, que generan conflictos entre estos sentimientos; dependiendo de los afectos que las personas y las distintas situaciones generen (Bion & Grinberg,1980).

Melanie Klein (1957) refiere que los contenidos envidiosos dañan el establecimiento de vínculos sanos. Esta autora refiere que existe en el bebé una envidia temprana de origen innata, relacionada con el pecho que lo alimenta; donde el bebé no tolera la separación del objeto que él vivencia como su fuente de vida e intenta destruirlo. Se pone en juego aquí la manifestación del instinto de muerte. La envidia contribuye a las dificultades del bebé en la estructuración de un objeto bueno, porque él siente que la gratificación de la que fue privado, ha quedado en el pecho que lo frustró. La envidia no solo busca robar, sino también colocar en la madre y especialmente en su pecho, maldad, excrementos y partes malas de sí mismo con el fin de dañarla y destruirla. La envidia surge aún cuándo el bebe esté adecuadamente alimentado. Los sentimientos del niño parecen ser de tal naturaleza, que al faltarle el pecho éste se convierte en malo porque guarda para sí la leche, el amor y el cuidado que estaban asociados con el pecho bueno. El niño odia y envidia lo que siente como un pecho mezquino. Klein va a decir lo siguiente: "El sentimiento de haber dañado y destruido el objeto primario, menoscaba la confianza del individuo en la sinceridad de sus



relaciones posteriores y la hace dudar de su propia capacidad de amar y ser bondadoso” (1957,p.42). La envidia excesiva expresión de los impulsos destructivos, interfiere en la disociación primaria entre el pecho bueno y el malo, y es por ello que no puede ser suficientemente lograda la estructuración del objeto bueno como un todo integrado. Si esta envidia se transforma en excesiva, serán los basamentos para el desarrollo de la psicosis, dado que existirá un predominio de lo destructivo y por ende persecutorio; no permitiendo la integración de los objetos; contenidos que se visualizan claramente en los vínculos que despliegan en la situación clínica a analizar. Simultáneamente al sentimiento de envidia, Klein (1957) menciona la capacidad de gratitud del infante. La misma va en la línea de la capacidad de sublimar y de reparar. Cuando el bebé logra disfrutar y sentirse gratificado (a la hora del amamantamiento), alcanza un sentimiento de gratitud, es decir: “el bebé siente haber recibido de su objeto amado un don incomparable que quiere conservar: he aquí la base de la gratitud”. (Klein,1957,p.40). Se despliega entonces la capacidad para aceptar y asimilar al objeto primario amado (no solo como fuente de alimento). Aquí la voracidad y la envidia no han intervenido, ya que ambas perturban la relación con el objeto. Una buena relación con el objeto, tiende a cuidarlo y preservarlo. Cuando estos mecanismos se producen, el bebé comienza a creer en su propia bondad. La gratitud va de la mano de la generosidad, donde el bebé ha asimilado un objeto bueno, y siente la capacidad de compartirlo con otros. En las personas adultas se puede observar estos sentimientos de envidia y gratitud, los cuales se remontan a las fuentes más tempranas; pudiendo reproducirse y revivirse en la situación transferencial.

Por su parte Bion (1986), comprende a la psicosis como una modalidad específica de funcionamiento de la personalidad y no como entidad nosológica. Describirá por un lado (en función del predominio de los mecanismos de defensa y relacionamiento con el mundo) a la personalidad psicótica o parte psicótica de la personalidad y la no psicótica. Hace mención a una organización en continua formación y con posibilidad de utilizar mecanismos que le sean más eficaces y adaptativos. Esta noción de adaptación es considerada en un concepto amplio donde el sujeto puede apelar a funcionamientos de índole primarios o secundarios, dependiendo la experiencia vivida y de la capacidad del sujeto de tener conciencia; ésta última refiere a un “órgano sensorial para la percepción de las cualidades psíquicas” (Grinberg, et al,1991,p.38). Los estímulos que en su inicio son rudimentarios, se transforman en fenómenos mentales permitiendo separar realidad externa e interna. El sujeto se debate entre tener conciencia y no tenerla; esto último constituye la personalidad psicótica donde se destaca: la baja tolerancia a la frustración, el predominio de impulsos destructivos, temor a la aniquilación inminente, configurando un tipo particular de relaciones objetales. Las relaciones de objeto son: precipitadas, prematuras, frágiles y precarias. Se produce un

ataque sádico al Yo y a la matriz del pensamiento. No hay síntesis posible sino aglomeración. Los mecanismos prevalentes son la identificación proyectiva y el splitting.

A los efectos de pensar estos componentes se debe tener en cuenta una disposición congénita, sentimiento de envidia y una disposición destructiva primaria, así como también la relación con una madre que ha sido incapaz de realizar su función de recibir, contener y modificar las violentas emociones proyectadas por el niño. El grado de fragmentación y distancia a la cual los fragmentos son proyectados, serían un factor determinante del grado de trastorno mental que el sujeto despliega en su contacto con la realidad.

Aquellas personalidades con gran intolerancia a la frustración y al dolor psíquico; sienten el dolor, pero no lo pueden sufrir. El paciente que no puede padecer el dolor fracasa también en experimentar "sufrir" el placer; no tiene capacidad para la simbolización y la abstracción, las palabras no se distinguen de la cosa-en-si-misma; no configuran representaciones, son elementos concretos o como lo denomina Bion (1986): elementos beta. En este mecanismo las partes del Yo y del objeto interno son escindidas y proyectadas en el objeto externo, esto hace que se lo experimente como controlado por los aspectos proyectados. Existe un ataque contra el self, por lo tanto todas las actividades mentales (percepción, entre otras) y sus vínculos con los objetos, aparecen mutilados y transformados en partículas pequeñas o fragmentos que son expulsados con violencia. Dichas partículas cobran vida independiente y actúan sobre los objetos (como se observa en las construcciones delirantes). Por esta razón los objetos pasan a ser vividos, en función de lo que se proyectó en él. En edades muy tempranas este mecanismo desempeña la función de aliviar al Yo de las partes malas y preservar las partes buenas. Las protege así de un mundo interno malo, que ataca y puede destruir al objeto. Este mecanismo genera que esas partes malas proyectadas en el pecho bueno, puedan ser reintroyectadas en forma modificada, es decir en forma tolerable. Este mecanismo es utilizado desde los primeros meses de vida, como defensa primitiva y al pasar de la posición esquizoparanoide a la depresiva, adquiere otra modalidad de funcionamiento. Pero dicho funcionamiento es el mismo que utilizan los adultos de manera normal para posibilitar la empatía con los objetos y poder situarse en el lugar del otro y comprender mejor sus sentimientos. El bebé proyecta las partes malas en el objeto bueno y podrá introyectar lo proyectado en forma más tolerable; estamos frente al mecanismo de identificación proyectiva. Para Bion (1986) este mecanismo es el precursor de lo que será la capacidad para pensar. En un extremo de este mecanismo se ubica la Identificación Proyectiva Patológica, con un predominio de sentimientos de envidia y voracidad. En los cuadros psicóticos se observa la puesta en marcha de estos mecanismos, cuyos sentimientos configuran las construcciones delirantes.

En este caso la disociación de las partes yoicas da lugar a una multiplicidad de

fragmentos que son expulsados violentamente en el objeto. Produce una realidad poblada de objetos bizarros. Una realidad que se torna cada vez más intolerable obteniendo como respuesta un reforzamiento de la identificación proyectiva patológica. Tal identificación realizada ahora sobre el aparato de percepción, a través del splitting patológico, produce un retiro cada vez mayor de la realidad (aislamiento).

El Objeto Bizarro es un término utilizado por Bion (1986) para describir los objetos por los que se siente rodeado el paciente psicótico. Estos objetos se constituyen como tales a través de la identificación proyectiva y del Splitting patológico; las partículas de función yoica, fragmentadas y evacuadas con violencia, penetran y enquistan los objetos reales poseyéndolos. El objeto poseído a su vez ataca la parte de la personalidad proyectada, despojándola de vitalidad y de sus características. El resultado será el objeto bizarro. Este tipo de objeto está compuesto de: “elementos beta, más restos del Yo, del Superyó y de los objetos externos” (Grinberg,1991,p.41). La partícula de personalidad se ha transformado en una “cosa”. La confusión dada por la masividad de las proyecciones, hace que el psicótico confunda los objetos reales con los propios pensamientos; y comienza a tratar a los mismos, en función de las leyes que rigen su funcionamiento mental. La mente del psicótico se ha reemplazado por un mundo de Objetos Bizarros. Bion (1986) señala que “el paciente psicótico se mueve no en un mundo de sueños sino en un mundo de objetos bizarros que son análogos a los que para la personalidad no psicótica “constituyen el mobiliario de los sueños”.(Grinberg,1986,p.41).

La relación continente-contenido que conceptualiza Bion (1986) alude a una modalidad vincular mediante el conocimiento más profundo de la identificación proyectiva. Este establecimiento primario de relaciones vinculares, se reviven en la transferencia con el terapeuta, permitiendo forjar un vínculo de empatía mediante la comprensión del funcionamiento y el dolor del otro. En el lactante se observa cómo se proyecta una parte de su psiquismo en especial sus emociones incontrolables (contenido), en el pecho buen-continente, para recibirlas de vuelta desintoxicadas (metabolizadas) y poder tolerarlas. Bion (1986) influido por las ciencias matemáticas, emplea un sistema de ecuaciones para ilustrar las funciones. Entre continente-contenido existe una relación dinámica que puede ser de crecimiento  $(+(\♀♂))$  o de decrecimiento  $(-(♀♂))$ . La calidad de la emoción va a determinar la inclinación hacia un lado u otro. Si predominan los sentimientos de hostilidad, la relación continente-contenido va a quedar despojada de vitalidad, por lo cual se configura la ecuación de decrecimiento. La relación de crecimiento se logra desarrollar, si el sujeto desarrolla la capacidad de tolerancia. Por otro parte la ecuación de  $-(♀♂)$  sufre ataques de manera constante y su psiquismo queda poblado de objetos bizarros, cosas en sí mismas; por lo tanto no hay posibilidad de desarrollo.

¿Cómo se estructura el pensamiento en la esquizofrenia?

En la esquizofrenia, el área del pensamiento es aquella función que se encuentra más alterada, razón por la cual requiere un segmento aparte.

El ser humano, no nace con una capacidad innata para desarrollar esta acción. Requiere de procesos que habiliten la conformación de pensamientos y un aparato psíquico que permita el despliegue de esa cualidad. Las sensaciones y emociones deben ser decodificadas para lograr construcciones que adquieran tal condición. En los funcionamientos primarios (psicosis) existe una falla en el desarrollo de este nivel de abstracción, requiriendo la ayuda de otro/terapeuta, que preste su capacidad para pensar.

Bion (1986) desarrolla la teoría de los pensamientos y del aparato para pensar. Plantea que previo a la construcción de los mismos, existen las preconcepciones y las concepciones; afirma que los pensamientos son previos a la capacidad para pensar. Existen inicialmente sensaciones o impresiones muy primitivas que deben ser pensadas, elaboradas; son denominadas “cosas en sí mismas” (elementos beta). Aquello que se proyecta en el pecho materno, puede retornar de la misma manera en que fue proyectado; sin elaboración. No existe una tolerancia a la frustración, por lo cual no hay posibilidad de tolerar la angustia. No se habilita la capacidad para poder pensar. La intolerancia a la frustración es un factor innato y es fundante en la formación de pensamientos; esto se observa en el pasaje al acto; el cual refiere a aquella conducta que no tolera la frustración y que actúa sin que medie el pensamiento. Si existe una muy baja tolerancia a la frustración, se tenderá a evadir la misma, evacuando los elementos beta. De existir mayor nivel de tolerancia, el sujeto puede poner en marcha mecanismos, que le permitan tolerar la situación; se produce entonces el acceso a la simbolización. Estos contenidos elaborados y pensados, configuran los elementos alfa que implican la “representación de la cosa-en-sí-misma”. (Grinberg et al,1986).

Bion (1986) va a plantear que es necesario la construcción de un aparato para pensar los pensamientos. En la formación de este aparato participan dos mecanismos: el primero está representado por la relación dinámica entre aquello que se proyecta, un contenido, ♂, y un objeto que lo contiene, continente, ♀. Una madre/terapeuta que promueva una acción metabolizadora (continente) de los sentimientos y emociones proyectados por el niño (contenido) dentro de ella, por identificación proyectiva; implica transformar elementos beta en elementos alfa. Una madre que logra contener y metabolizar los contenidos del niño, desarrolla la capacidad de reverie (sostener y contener). Dicha capacidad refiere a la denominada función alfa (función metabolizadora). Los trastornos en el pensamiento

entonces, están basados en la poca tolerancia a la frustración y en la predominancia del mecanismo de la identificación proyectiva patológica. La evasión de la frustración y del dolor se logra atacando destructivamente la parte del aparato mental capaz de percibirlos. Los límites entre el self y el objeto externo quedan borrados y las funciones de comunicación quedan teñidas por una tendencia a la evacuación. Freud plantea el desdibujamiento de los límites entre el yo- no yo. La función alfa, elemento central en los postulados bionianos, refieren a la necesidad de metabolizar los contenidos (elementos beta), que promueve el acceso a los sueños, recuerdos. Estos elementos adquieren representación (elementos alfa), estableciendo lo que Bion (1986) denomina: barrera de contacto. Esta implica el conjunto de elementos-alfa que se adhieren entre sí para marcar el contacto y la separación entre consciente e inconsciente, con un pasaje selectivo de elementos de uno a otro. Esta barrera impide que en el dormir las fantasías y los estímulos endopsíquicos sean interferidos por la visión realista y a la vez protege el contacto con la realidad evitando que sea distorsionada por las emociones de origen interno. Freud (1924) configura estas concepciones como los límites entre el yo y no-yo. Donde en la psicosis, se borron los límites entre el afuera y el adentro, permitiendo que ingresen contenidos a su interior, así como también los contenidos internos pueblan el mundo de los objetos. En la medida que esta barrera se torna menos permeable, los contenidos pueden mantenerse fuera y separa las vivencias externas de las internas.

En contraposición, se menciona en la obra de Bion (1986) el concepto de “pantalla de elementos-beta”, esta es producto de la aglomeración, más parecida a una aglutinación que a una integración, de elementos-beta, que considerados “cosas-en-sí-mismas”, no son capaces de establecer vínculos entre sí. La predominancia de la misma, nos enfrenta a la psicosis; donde no existe diferenciación entre consciente/ inconsciente.

Las personas que presentan trastornos en su capacidad de pensar poseen una función alfa deteriorada que fracasa en la producción de elementos alfa. En su lugar predominan los elementos beta que subyacen a la tendencia, a las actuaciones y a usar el pensamiento concreto, debido a la incapacidad de simbolizar y abstraer. La pantalla beta constituye la característica del vínculo psicótico, mientras que la barrera de contacto es la base de la relación normal con la realidad y el mundo interno y externo.

Las modalidades vinculares que se detentan en los pacientes con esquizofrenia, nos remiten a pensar sobre los mecanismos primarios de funcionamiento y las primeras relaciones que establece el bebé con el mundo exterior. En la psicosis se produce un doble movimiento regresivo: una regresión libidinal, con un predominio de los procesos primarios de funcionamiento, mecanismos de defensa menos evolucionados y angustias primitivas; y una regresión a nivel de psíquico, con una fuerte incidencia y emergencia de lo pulsional

(ello).

El análisis de los diversos vínculos y la reactualización de estos vínculos, en la relación terapéutica y con los acompañantes (como se observa en el presente estudio), serán pensadas a la luz de los distintos autores que describen estos procesos mismos.

Los planteos klenianos y bionianos desarrollados, permiten pensar la forma en que se despliegan las relaciones en las fases tempranas del desarrollo; la predominancia de sentimientos y fantasías de hostilidad, y muerte, plagan el ser. Es así que la función materna de holding (Winnicott) o de reverie (Bion), se torna fundante conteniendo y transformando estos contenidos, de manera que puedan ser incorporados por el otro, dejando de ser percibidos como una amenaza de destrucción inminente.

En el vínculo que se establece con una persona con esquizofrenia, se resignifican estos primeros vínculos, en cuyo caso el terapeuta/acompañante, despliega las funciones maternas (holding y reverie) debiendo contener las angustiosas identificaciones proyectivas del paciente, guardándolas para sí, transformando dichos contenidos en experiencias que resulten tolerables y que otorgan un carácter más integrativo.

En la relación terapéutica el paciente psicótico tiende a atacar el vínculo con el otro a modo defensivo, así como ataca aspectos de su self; reeditando los vínculos primarios. Esto acarrea como consecuencia al decir de Bion (1986) que las relaciones se manejen en un terreno casi matemático, sin que los afectos tengan lugar.

La trama vincular, podrá tejerse de diversas formas, predominando algunos contenidos por sobre los otros. En aquellos casos en que los componentes sanos tengan lugar, se podrá observar un funcionamiento más sano y evolucionado, con capacidad de empatía y cierto grado de insight. En aquellos momentos en que se desplieguen sentimientos hostiles, hasta crueles y arrogantes, ponen en evidencia los componentes de la personalidad psicótica; con un fuerte predominio del instinto de muerte. Es importante remarcar el concepto de splitting forzado que plantea Bion (1986): donde el lactante proyecta una envidia muy intensa hacia el pecho gratificador, hasta tal punto que deja de mamar, con un fuerte componente de destrucción. Para no morir de inanición reanuda la succión del pecho, pero bajo la base de una disociación forzada, por un lado la satisfacción material y por el otro la gratificación psíquica. Las personas que usan este tipo de splitting temen las consecuencias del odio y de la envidia (efectos retaliativos) y por tanto evitan toda clase de sentimientos, tratan de conseguir comodidades materiales en forma insaciable sin gozar de ellas. El otro es una cosa ante mí, no puede reconocer la existencia de los seres vivos de quienes dependen para obtener tales beneficios; pasan a ocupar el lugar de objeto, ya que no pueden experimentar gratitud ante ellos.

## **Vínculos primarios y capacidad autonómica.**

En este segmento, se tomarán como referentes teóricos, las conceptualizaciones de D. Winnicott, Bowlby, Fonagy, Aulagnier y Mahler, entre otros. Estos autores describen las características del vínculo primario y los procesos relacionados con la autonomía y la independencia. Estos contenidos permiten analizar las categorías que surgen como emergentes del material clínico.

Un primer componente lo otorga el concepto de Apego proveniente de los planteos de Bowlby (1980); dicho autor lo describe como un comportamiento que le permitirá al sujeto una aproximación a las personas, con una clara diferenciación de ese otro; un otro considerado más fuerte o más sabio. Esta experiencia le brinda al bebé una base segura y le otorga la capacidad de establecer posteriormente vínculos afectivos y estables. A partir estas primeras vivencias con las figuras de apego, se construyen modelos operantes que se resignificarán en las futuras relaciones. Esto le permite interpretar, anticiparse y responder sobre los demás y sobre sí mismos, en función de cualidad de dichas vivencias. Las experiencias pasadas y presentes, configuran esquemas cognitivos y emocionales, que se actualizan de manera constante en cada nueva relación.

Fonagy & Target (2002) mencionan a su vez, que las relaciones de apego, “poseen amplia influencia en la capacidad para regular el estrés, en la regulación de la atención y en la función mentalizadora de los sujetos” (Garrido-Rojas, 2006,p.494); así como la capacidad de reconocer los estados mentales propios y de las personas de su entorno. Esto corresponde con un giro intersubjetivo que en estos años fue incorporando la Teoría del Apego (Karen & Osvaldo, 2005). La calidad del apego dependerá de la regulación emocional diádica, que oscila entre la posibilidad de exploración y el dominio y control sobre el sujeto.

Dependiendo las características del apego: se generarán representaciones negativas o positivas. Es decir, si los otros significativos están disponibles se fomentarán las representaciones últimas; de manera contraria, se constituirán representaciones negativas promoviendo un apego inseguro y dificultades de afrontamiento a situaciones de estrés. En aquellas personas en las cuales existe un predominio del apego inseguro, pueden desarrollar a lo largo de su vida, una falta de interés en buscar apoyos sociales, ante situaciones de necesidad.

Por otra parte, existen autores clásicos que han desarrollado a partir de las características de estos primeros vínculos, la importancia de los procesos de autonomía e independencia; así como su incidencia en el desarrollo emocional del niño.



Por su parte Margaret Mahler (1971) describe como las diversas fases que se suscitan durante el desarrollo del bebé, permite el acceso a un proceso de independencia o la sujeción a una fase de dependencia o simbiosis. Existe una transición desde una fase autística, pasando por una simbiótica, hasta el proceso de separación e individuación. Estas tres fases se sitúan desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, dado que remite a cierto período evolutivo. En este proceso surge una primera fase denominada autística: donde el bebé se encuentra en un estado de somnolencia, cuya vida psíquica es casi inexistente. No existe vínculo objetal; fase que se asemeja a la referida por Freud (1924) como narcisismo primario. Si bien el bebé se encuentra en un equilibrio fisiológico, está en la búsqueda de la gratificación alucinatoria de sus deseos. El desarrollo de las funciones de maternación (cuidados de la madre) y la recepción de dichos cuidados, promueven el tránsito de manera satisfactoria y posibilitan el inicio de la fase siguiente. Le sucede entonces, la fase simbiótica: instancia en la que predomina un estado de indiferenciación, a la cual se fantasea volver durante toda la vida. El mundo se divide en dos estados: placer-displacer, donde lo placentero se deja dentro del vínculo y se proyecta lo malo o displacentero, fuera de él. Sería en esta fase donde comienza a demarcarse el “yo corporal”.

El desenlace de esta fase, permite que el bebé comience a incorporar una visión parcial de su madre, como separada de sí; comenzando a configurar la vivencia de objeto.

Winnicott (1963) por su parte, va a plantear que para lograr salvaguardar el vínculo, se debe establecer la capacidad de holding (sostenimiento), como forma de neutralizar los componentes agresivos provenientes del bebé; manteniéndolos por fuera de la ecuación simbiótica. Cualquier alteración que se produzca, genera una reacción en el bebé; alteración en el sentido de la intrusión. Esto atenta contra la conformación del self o de un yo integrado y del yo corporal. La madre de una forma lenta y oportuna, comienza su propio proceso de independencia. Debe para ello haber comenzado un proceso de frustración o de fallas para con el bebé. La inmadurez o las propias angustias de la madre, pueden ser los obstáculos para que el bebé no pueda separar los contenidos. Las frustraciones de manera dosificada que la madre imparte en el bebé, habilitan a que éste comience a separar lo que implica amor y rabia. De no ser así, ambos sentimientos se entremezclan.

En la fase de separación – individuación de Mahler (1971) el objeto, se establece como una necesidad. Comienza a desarrollarse la conciencia sobre la separación con el objeto. Esta separación es vital, dado que implica la salida de la simbiosis; en tanto la individuación se entiende como la asunción en el niño, de sus características personales.

Winnicott (1963) concuerda con este proceso, el cual denomina: dependencia relativa. En dicho proceso, el bebé va tomando conciencia de que es un ser que se encuentra “separado” de su madre. Esto comienza a gestarse cuando el niño requiere la presencia de su madre y se produce un tiempo de espera, generando un monto de angustia.



Comienza a instalarse la noción de necesidad en relación a un otro. El bebé empieza a sentir que necesita de la madre. Este proceso conlleva desde los 6 meses a los 2 años aproximadamente. En este período de tiempo, la madre efectúa diversos intentos con el fin de evitarle al niño los momentos de frustración y muchas veces toma decisiones apresuradas. Un buen sustituto del vínculo materno, suelen ser los abuelos, las tías. Se plantea aquí la importancia de la existencia de otros vínculos que ofician de transición en el proceso de separación.

En el paralelismo que se establece desde Mahler (1971), entre la maduración biológica y el desarrollo psicológico, es imperioso que se desarrolle el proceso de locomoción. Donde esto le otorga al niño la posibilidad de separarse físicamente de su madre. La capacidad de tolerar la separación y la conciencia de objeto, sin que el mismo este presente, permitirá el establecimiento de la constancia objetal intrapsíquica. Encontramos que durante el desarrollo del bebé, no se produce una equivalencia entre el proceso evolutivo corporal y el desarrollo psíquico; y que continúa durante el desarrollo, un profundo deseo de perpetuar ese momento intrauterino. Existe una necesidad dada por el nivel de indefensión en el que se encuentra el niño y la sensación que existe acerca de su existencia. El vínculo con su madre representa la única posibilidad de sobrevivencia.

Por su parte Donald Winnicott (1963) plantea la existencia de un proceso en el niño, que le permitirá ir adquiriendo la autonomía necesaria para desarrollarse como un ser adulto. El sostiene que en los primeros momentos el niño es un ser dependiente e independiente a la vez. Esto significa que los padres no tienen una capacidad total de moldear a este niño, sino que trae consigo (a nivel hereditario), un contenido genético. Esto le otorga cierta autonomía en relación a las inscripciones familiares, para sí mismos. El niño intentará también un encuentro con su madre; un acercamiento donde poder compartir y mostrarle sus logros. El padre aquí comienza a tener un papel fundamental. Este acercamiento le genera una crisis dado que el deseo de estar fundido con su madre aparece concomitantemente con el temor a quedar pegado. El alejamiento produce angustia, estimulando el uso de mecanismos de defensa: escisión y proyección; también como forma de calmar la ansiedad de separación y poder identificarse con la madre o el padre.

La constancia objetal (la representación mental del otro), habilita a la separación, con la certeza que su madre lo esperará a su vuelta para aliviar las tensiones y sus necesidades. Aquí es de vital importancia la existencia de una madre que habilite el alejamiento, pero que a su vez disfrute con el retorno del mismo.

Como todo proceso dialéctico, el recorrido tiene sus idas y vueltas. Las fases se superponen unas a otras y requiere la consolidación de algunos aspectos para el desarrollo de los siguientes. El rol de la madre o quien desempeñe la función materna, es fundante en

el proceso de habilitar el alejamiento del otro y permitir su reaceramiento. Si el proceso intrapsíquico de separación -individuación no se desarrolla de manera gradual, acompañado de una modulación del yo, el objeto es vivido e introyectado como un cuerpo extraño, no pudiendo ser asimilado. En el intento de expulsar ese objeto “malo”, aparecen afectos derivados de la pulsión agresiva y una tendencia a identificar la representación del sí mismo con el objeto malo introyectado; o confundirla con él. Si esta situación continúa durante la etapa del reaceramiento, puede invadir al objeto bueno y suprimirlo, al igual que la representación buena de sí mismo.

En la última fase del proceso de separación, designada por Winnicott (1963) de independencia, el niño ya se encuentra preparado para afrontar las situaciones del mundo exterior, adaptándose a sus exigencias. Se inicia la identificación con algunas de las personas o poblaciones que viven en el afuera. Si bien este proceso se va incrementando en la medida que el niño madura y evoluciona, se pueden producir algunos retrocesos sobre la pubertad y la adolescencia. O sea que si un sujeto se enfrenta a situaciones que en su vida no puede controlar o no puede angustiarse, desencadenará un proceso regresivo. En este sentido en la psicosis sucede un proceso de regresión a funcionamientos de índole primarios.

Estos conceptos se aproximan a la noción de encuentro de Piera Aulagnier (1993) en el vínculo primordial madre-bebé. Un espacio en el que se encuentran dos seres donde no es posible dar respuesta a todo aquello que sucede, sea un sentimiento de gratificación o frustración; existiendo entonces un desfase entre el sentimiento y la respuesta. En los primeros tiempos del bebé, antecede la oferta a la demanda; la comprensión de la misma se produce de manera anticipada. La respuesta materna, llega antes que el niño logre comprender lo que le sucede. Piera Aulagnier (1993) difiere de los planteos de Winnicott (1963), en que el niño recibe la respuesta, antes de saber que lo necesita; es decir: la boca recibe al pecho antes de saber que necesita de él. En esta instancia se origina un estado de violencia primaria, entendiendo por la misma aquello que se impone desde el exterior y que violenta un espacio; esta acción se torna necesaria y será constitutiva del yo. La autora señala asimismo, la aparición de la violencia secundaria, la cual remite a un exceso; resulta perjudicial y no contribuye en el funcionamiento del yo. Esta violencia se sustenta en una acción anterior, pero con bases e intenciones distintas; implica una violencia contra el yo. Refiere a la “violencia ejercida por la madre que invade y deforma la organización psíquica temprana del bebe” (Flechner, 2013,p.23).

Sobre la esquizofrenia, esta autora va a mencionar que la tendencia a la producción de este tipo de enfermedades, es a causa de un “no deseo de hijo”. Aquello que ella siente

haber recibido y que ahora lo transmite a su propio hijo. No existe un lugar para otro diferente, un ser nuevo. Sino que en el nacimiento de su propio hijo, se revive la relación con su propia madre a modo invertido. En relación al Deseo del padre, relaciona al hijo como un garante de su tradición. Lo refiere como el “otro sin pecho”, donde lo que prima es la relación de satisfacción en el vínculo y no la necesidad.

### **Fenómenos y espacios transicionales**

Winnicott, así como también Mahler hacen mención el momento cero del nacimiento, donde el bebé y su madre se encuentran en un proceso de indiscriminación, vivenciándose uno al otro como perteneciente a sí mismo; no existe la idea de no-yo. En los inicios del pasaje de la dependencia absoluta a la dependencia relativa, es que se comienzan a generar los espacios transicionales. Esta brecha que favorece la tolerancia en relación a otro separado de mí, es necesaria para lograr un proceso de separación y de crecimiento sano.

La función que desempeña su madre consiste en brindarle gratificación, en la medida que puede contener al bebé y alimentarlo; pero a su vez, debe tener la capacidad para frustrarlo o desilusionarlo (como plantea Winnicott). Esta experiencia debe ser vivenciada, de forma tal que le resulte tolerable al bebé. “Si las cosas salen bien en ese proceso de desilusión gradual, queda preparado el escenario para las frustraciones que reunimos bajo la denominación de destete” (Winnicott,1963,p.21). El proceso de desilusión, tiene como génesis, el destete; el cual no implica el simple hecho de dejar de alimentar, sino que refiere a un espacio y momento de transición, lo cual le va permitiendo al bebé efectuar de manera gradual la separación e ir tolerándola. Estos espacios de transición, han sido conceptualizados como zonas intermedias. Estas zonas permiten pensar en estos y otros espacios que puedan construirse, como un lugar que habilite a la separación. Winnicott afirma lo siguiente: “En la infancia la zona intermedia es necesaria para la iniciación de una relación entre el niño y el mundo, y le posibilita una crianza lo bastante buena en la primera fase crítica”. (1963,p.22). Esta zona, inaugura un espacio productor de fenómenos transicionales, que habilitan un lugar para la experiencia. Una experiencia que se construye desde la vivencia subjetiva e interna, así como también con la realidad externa y objetiva. “Es claro que lo transicional no es el objeto. Este representa la transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado” (Winnicott;1963,p.23).

El espacio transicional, sería entonces un acuerdo que se establece entre el nosotros (madre-bebé). En una zona intermedia entre lo interno y lo externo. En la medida en que el

objeto externo, no está, o ya no es una figura de la cual se deba separar, este espacio se diluye en el tiempo.

### 4.3 Caracterización del proceso de RP. Concepciones.

La RP surge en el marco de la reforma psiquiátrica, en los procesos de desinstitucionalización de la enfermedad mental, tal como se estableció en el capítulo de antecedentes. No refiere a una teoría o una práctica específica, sino que se inserta en un proceso de cambio a nivel del modelo de atención. En el año 1977 Anthony, planteaba que la rehabilitación era “un concepto en búsqueda de un método” (Vázquez;Nieto,2010,p.2). Esto implica que no es pasible de identificar con la rehabilitación, a cualquier práctica estilo taller o grupos aislados; sino que la rehabilitación implica un estudio y análisis exhaustivo de las necesidades de los usuarios.

Existen diversas definiciones entorno a la misma, que responden a posturas ético-políticas diversas. A los efectos de este estudio, se seleccionaron aquellas nociones que se alinean con el proceso que se viene desarrollando a lo largo de este estudio. Se enfatiza en las nociones que ubican al usuario en un lugar singular y protagónico en su proceso de rehabilitación; donde se refuerza las potencialidades del mismo y sus aspectos más sanos, por sobre los componentes patológicos; así como los procesos que resaltan la importancia de la permanencia del usuario en la comunidad y en su ambiente cotidiano.

La RP según la Asociación Mundial de Rehabilitación y la OMS, implica:

un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el *handicap* –o desventaja- de un trastorno mental-para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. (2004,p.1-2)

Siguiendo el Consenso intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de RP del Uruguay, 2005) la Rehabilitación puede definirse como: “un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad”. (Del Castillo, Villar & Dogmanas, 2011,p. 85).

### 4.3.1 ¿Cómo se piensa el proceso de rehabilitación?

La rehabilitación implica un proceso muy vasto, y complejo, que persigue determinados fines. No existe un proyecto y técnicas aplicables a las distintas situaciones, sino que el camino se transita de forma inversa; en función del usuario, se determina la estrategia de intervención. En este sentido cada proceso podrá evolucionar hacia una integración donde la persona pueda lograr una mayor adaptación a la vida social; y en otros casos se intentará mejorar las habilidades y el funcionamiento de las personas, diseñando metas más modestas, pero con la misma importancia dependiendo la historia de cada individuo.

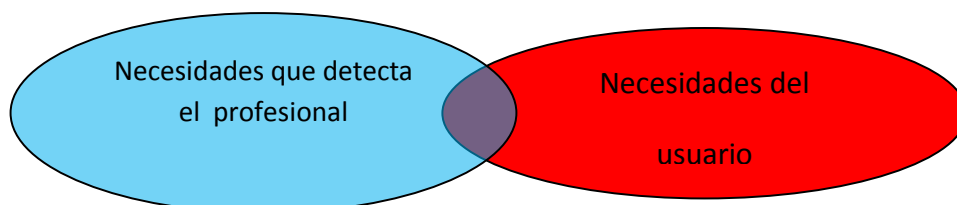
La elaboración de un Plan individual de Rehabilitación (PIR) para un paciente concreto, obliga a tener en cuenta una serie de cuestiones transversales (estado clínico actual, situación de funcionamiento psicosocial); y otras longitudinales: existencia o no de episodios anteriores y sus características a saber: gravedad, tratamiento, consecuencias; grado de funcionamiento premórbido. Requiere asimismo comprender las capacidades y habilidades que posee la persona (aquellas que ha podido desarrollar o que poseen el potencial para las mismas), nivel de autonomía, áreas de funcionamiento psicosocial entre otras. El PIR ha de involucrar al paciente y a la familia con una colaboración activa por parte de ambos. Asimismo realiza la intervención de la red social y comunitaria: amigos, barrio, ciudad; dado que el PIR tiene por otro de sus objetivos, fomentar la participación en el entorno comunitario, haciendo uso de los recursos que la red comunitaria ofrece, en pro de satisfacer sus necesidades y responder a las demandas que implica el vivir en sociedad: relacionarse con otros, trabajar. El PIR integra el cúmulo de intervenciones que se producen sobre una persona: farmacológicas, psicoterapéuticas, psicosociales y de rehabilitación apropiadas, que deberán ajustarse según las necesidades y la progresión de la persona.

Uno de los objetivos generales del tratamiento implica la reducción de la frecuencia de los episodios de descompensación, minimización de la gravedad de los mismos y las consecuencias psicosociales que acarrear. Su principal fundamento, es el logro de la independencia y por lo tanto la autonomía. El proceso de la enfermedad conlleva la mayoría de las veces a generar un entorno de inhabilidades, en su vida cotidiana; las cuales generan una dependencia a nivel familiar o institucional; por lo cual la RP promueve y potencia las capacidades del sujeto, y la posibilidad de mejorar sus habilidades cotidianas y el relacionamiento familiar adquiriendo un mayor nivel de independencia.

Sobre las habilidades del sujeto, Sandoval (2008) se refiere a las capacidades que posee la persona, pero también en relación a sus potencialidades y competencias. Plantea que se debe discernir la existencia de habilidades que la persona no despliega por no

poseerlas de aquellas que no desarrolla por no estar motivado. o alude a la inexistencia de un espacio o institución para poder llevarlas a cabo o desarrollarlas: familia, instituciones.

Existen necesidades que son propias de los usuarios y por otro lado, aquellas necesidades que el profesional considera que son importantes para el sujeto. Ambas pueden graficarse a nivel circular, donde existirían puntos de convergencia entre ambos.



La importancia de este proyecto individualizado, radica en que los objetivos del mismo, son diseñados por el propio usuario y no por los profesionales.

#### **4.3.2 Componentes de la rehabilitación**

Florit-Robles (2006), agrega dos componentes que forman parte del proceso de rehabilitación; por un lado refiere a que la RP incide en el impacto en la vida cotidiana del sujeto, de la sintomatología positiva y negativa. Por otra parte incide en el conocimiento que el sujeto y su familia poseen acerca de la enfermedad (adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, entre otros).

Anteriormente la RP era considerada como una técnica que implica una adaptación en el afuera, una reinserción, sin un proceso de preparación previa. Sharman (2004) plantea que “la RP es un proceso global, no es sólo una técnica.” (p.34). Esto marca un hito entre lo que implicaba anteriormente el proceso de externación de los paciente y el proceso de RP actual.

El proceso de rehabilitación según Gisbert (2003) posee diversas variables, a saber:

- Potenciar y fortaleces las destrezas, habilidades para que el sujeto pueda funcionar en la comunidad de la mejor manera posible.
- Fortalecer los vínculos con la comunidad, donde el sujeto pueda tener un desempeño, lo más autónomo e independiente posible dentro de la misma.
- Ofrecerle un apoyo y un seguimiento, para lograr que la persona pueda mantenerse por el mayor tiempo posible dentro en la comunidad.

- Disminuir el mayor riesgo posible evitando el deterioro, la marginalización e institucionalización (concepto de “puerta giratoria”).
- Oficiar de soporte para la familia, para que las mismas logren ser más competentes a la hora de enfrentar y solucionar los problemas; así como generar una incidencia lo más positiva posible en el proceso de rehabilitación de los familiares.
- Generar propuestas que incidan en el plano laboral, intentando insertar a la persona en algún empleo. En general éstos son espacios protegidos.
- Promover actividades en la persona que le posibiliten hacer uso de su ocio y tiempo libre.
- Actividades productivas: aseo, vida cotidiana, cuidado de otro, etc.

En las personas con enfermedad mental grave como la esquizofrenia, las actividades cotidianas, así como el manejo del ocio y del tiempo libre, poseen una significación particular. Gisbert (2003) menciona que “en el ocio y sus diversas prácticas se encuentra un ámbito de realización personal, identificación, relación y socialización” (p.189). El aprovechamiento del ocio, pretende ser una práctica que resulte gratificante y satisfactoria para quien la emplee en su tiempo libre. Pudiendo ser utilizado de una forma flexible y laxa, por fuera de todo horario de responsabilidad como lo implica la práctica laboral cotidiana o académica; donde la elección de las diversas opciones a realizar, queda supeditada al deseo y la voluntad del propio sujeto.

En la esquizofrenia es factible pensar el manejo del ocio y el tiempo libre, posee otras connotaciones; es decir, la tendencia al aislamiento, la falta de relaciones sociales, de interés general y motivación, hacen que exista un exceso de ocio y tiempo libre de forma forzada, vivido de una manera insatisfactoria. Se considera necesario entonces que en caso de poder generar en estas personas, actividades de ocio deberán ser más estructuradas y que resulten satisfactorias; lo que redundaría en beneficio de aplacar las conductas psicóticas. Para que estos mecanismos se pongan en funcionamiento, es necesario que el sujeto pueda detectar que es lo que quiere, y donde él considera que tiene habilidades para ello.

Estos conceptos son trabajados desde la rehabilitación con el fin de fomentar la organización de la vida de relación del sujeto, promoviendo y potenciando los vínculos interpersonales, así como desarrollar la capacidad de reconocer y reencontrarse con intereses propios.

### **4.3.3 El lugar de la familia en el proceso de rehabilitación**

El lugar de la familia en el proceso de rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia, debe pensarse como eje nodal del tratamiento, dado que numerosos estudios han demostrado cómo existe una determinación entre la modalidad de establecimiento de los vínculos primarios y la génesis de las psicosis.

Si bien muchos de los autores basan sus hipótesis acerca del vínculo materno, desde la terapéutica específicamente, se hace cada vez más necesario incluir la figura paterna en estos procesos, así como a los demás integrantes de la familia. El proceso de RP, se distingue mucho de lo que implica una rehabilitación física, en infinidad de aspectos, pero más aún cuando se refiere al medio familiar; dado que ésta es el basamento principal para pensar la rehabilitación y sus aristas. Requiere conocer muy de cerca su funcionamiento, características y modos de establecimiento de los vínculos; así como los diversos lugares asignados a cada uno en la trama familiar.

#### **Conceptos y nociones de familia.**

El concepto de familia incluye un cúmulo de componentes a saber: los factores biológicos, sociales y jurídicos; y cuya modalidad de funcionamiento posee una interdependencia de los componentes culturales que los atraviesan.

Existen diversas nociones de familia: una concepción básica remite a dos personas que están unidas por el afecto o un matrimonio, entre los cuales poseen bienes económicos en común y conviven conjuntamente con una serie de bienes en la vida cotidiana. Desde la psicología se posee un enfoque más laxo que significa a la familia como un conjunto o unidad de personas que se encuentran en mutua interacción. Desde un enfoque más sistémico, Ludwig Von Bertalanffy (1993) concibe la familia como un sistema que posee una estructura que le es propia y un conjunto de reglas que lo sustentan. Existen valores culturales que son transmitidos a los miembros de la familia y que pueden ser compartidos o no. Dice Sharma: "La cultura incide en la conducta sanitaria de las personas y varía de una comunidad a otra". (2004,p.35). Entendiendo por cultura un patrón similar o común en relación al estilo de vida; una zona geográfica compartida, así como un conjunto de creencias y valores comunes. Esto le permitirá a la persona, sobrevivir en dicha comunidad o núcleo familiar. Lo cultural se trasmite de generación en generación a nivel familiar; es el lugar donde se constituye el sujeto y la institución que le brinda el mayor apoyo o soporte social. La cultura de una comunidad, le llega al individuo a través de la familia, como principal afluente. Como un factor de protección o de expulsión

Para Isidoro Berenstein (2008) la familia comprende un factor que incide de manera directa en la génesis y el desarrollo de la enfermedad mental. Potencia y promueve



fenómenos vinculares que impiden un adecuado funcionamiento y despliegue de los aspectos más sanos de su personalidad.

La noción de familia según lo define este autor implica: “una realización de la relación entre las personas en tanto sujetos del parentesco, aquello que los hace parientes”. (Berenstein,2008,p.14).

En la clínica de manera constante se hace mención a la noción de familia la cual implica un conjunto de personas que se focalizan entorno a un integrante de la familia. Desde esta perspectiva, es posible que un sujeto sea el emergente del funcionamiento familiar. Desde la teoría psicoanalítica y basados en la segunda tópica del aparato psíquico planteada por Freud, se dirá que mediante un síntoma el sujeto encarna el super yo de la familia; o desde otro enfoque, el individuo es el depositario de las ansiedades de la familia. Los integrantes de la familia, “cada lugar, el del padre, el de la madre, el del hijo, tiene funciones”. (Berenstein,2008,p.16). El término función proviene de “officium” que implica un componente de algo común o de comunidad. Aquí lo común y lo propio despliega un sentimiento de pertenencia; congrega a los integrantes del sistema familiar, como perteneciente a sí mismo, generando un sentimiento de unicidad. Berenstein (2008) dirá al respecto que este “sentimiento encubre la violencia implícita en las relaciones familiares, en todas las relaciones familiares y que resultan del mecanismo apropiatorio implícito en toda identificación (la identificación es la apropiación, es hacer propio un rasgo, una cualidad del otro)” (p.17). En este sentido la identificación se produce entre aquellos que llegan antes al sistema familiar; en este sentido implicaría que los hijos se identifican con los conflictos que los padres tuvieron con sus propios padres y que son trasladados a su sucesor.

La relación que se establece entre los agentes del sistema familiar, determina al sujeto. No lo presupone (en el sentido de los contenidos que cada ser humano trae a priori de esa relación), la relación en sí misma es la que lo determina. Hay contenidos que se producen en ese sistema que son fácilmente incorporables al funcionamiento; existiendo otros que no son asimilables, considerados por Berenstein (2008) como ajenez. Existen dos formas de devenir sujeto: una en relación al devenir como sujeto en la relación con otro que nos ubica e instala en un determinado lugar. Se es padre, teniendo un hijo y habiendo sido un hijo. Pero existe otra forma de devenir, más de índole inconsciente; que implica ser otro para otro: “se deviene otro con otro” (Berenstein,2008,p.19); para lo cual hay que hacerle un lugar al lado de uno mismo. Se necesita escuchar lo que el otro tiene para decirme de mi mismo, que yo desconozco. Lo que es nuestro, nos resulta más ajeno y el otro me devuelve una otredad; esto implica que muchas veces los parentescos pueden funcionar de obstáculo en este vínculo.

Ambos devenires referidos por Berenstein, registran un carácter histórico, y otro alude a una cuestión situacional. El primero refiere a la cadena de parentescos que se

establecen: soy padre porque fui hijo. Y el segundo término alude a aquello que acontece entre uno y el otro; aquello que emerge del encuentro del uno con el otro. Por su parte las familias construyen un “entre”. Pero es en este propio “entre”, en el cual se producen “transferencias”. Aquello que va y viene (por identificación o identificación proyectiva), o un “entre” que por interferencia representa el lugar de la imposición de una presencia; un sujeto le impone al otro su presencia. Es así que la presencia de otro, desde una perspectiva narcisista, representa una amenaza.

### **Concepto de Emoción Expresada**

Tras una revisión profunda de las diversas terapéuticas familiares, Tercero (1996), a intentando arribar a aquella que resulta de carácter más eficaz para el abordaje de la esquizofrenia. En su búsqueda, logra identificar una investigación realizada por economistas británicos, quienes en el afán de rebajar los costos hospitalarios, descubrieron que existía un alto porcentaje de recaídas en aquellos pacientes que al momento del alta de una internación, regresaban a los hogares familiares y no a lugares donde viven solos o en pisos protegidos. Distinguieron que esos lugares eran nocivos para el paciente y “comprobaron que esto sucedía especialmente en familias en las que las críticas al paciente eran frecuentes, con descalificaciones y especialmente agresivas, con amenazas de abandono, o bien en aquellas otras excesivamente sobreprotectoras” (Tercero,1996,p.5) Estas familias tenían como denominador común una “Alta Expresión Emocional”.

A raíz de este estudio, a nivel de un sistema de psicoeducación, la rehabilitación ha tenido como un pilar fundamental, el abordaje de la Emoción Expresada. Lo cual implica una estrategia que consiste en: modificar ciertas respuestas emocionales, reducir el contacto paciente-familia, mejorar la comunicación, ayudar a las familias a generar estrategias válidas de afrontamiento, resolución de problemas y ofrecer apoyo.

Autores como Koenigsberg y Handley (1986) plantean que la Emoción Expresada implica el grado en que los familiares expresan sus emociones en relación al paciente, utilizando para ello una actitud hostil e implicancias excesivas. Las mismas son dirigidas hacia el propio paciente o cuando hablan en relación al paciente, frente a otras personas, técnicos, otros. Uno de los indicadores que incide en el alto índice de recaídas, según estos autores, se debe a este factor, generando como consecuencia en el paciente “un alto grado de conductas desadaptativas”. (Ojeda,2009,p.28).

Cuando una persona enferma, se produce un desajuste a nivel del sistema familiar; el sujeto queda afectado, así como su entorno inmediato y mediato. Esta situación se

produce por la gran vulnerabilidad en la que se encuentra; la familia debe reorganizarse en torno a esta nueva situación.

La autonomía personal, componente clave en este proceso, ha sufrido diversos embates, desde una afección personal, hasta la configuración familiar. Frente a una enfermedad mental, la familia adquiere una reorganización, la cual dependerá de lo que asimile en relación a la situación del paciente. En la gran mayoría de los casos, se posicionan en dos lugares: en el extremo de incapacitar al paciente y hacer todo por ellos, o en el extremo opuesto de considerarlo sano y pudiendo responsabilizarse de las cosas. Se interpreta que el no hacer o no poder, es parte de su manipulación (abusando de su condición de enfermo). Es necesario entonces que la familia tome contacto con las potencialidades del paciente, así como con sus falencias y sus dificultades reales. El conocimiento de la familia, acerca del funcionamiento del sujeto, es nodal, así como a la inversa, dado que la enfermedad modifica de manera estructural la forma de proceder, actuar y de pensar del sujeto; implica una forma diferente de ser y estar en el mundo. El proceso de rehabilitación tiende justamente a que la persona pueda restablecer lo más posible su vida, recuperarla. En este mismo sentido opera el concepto de Recuperación mencionado anteriormente en el presente capítulo.

En este sentido, se requiere el compromiso y la participación de la familia en el proceso, dado que son quienes pueden aportar datos acerca de su funcionamiento previo.

Conocer a cada integrante y observar el vínculo que mantiene con cada uno, como forma de diseñar de ahí en más una estrategia de intervención y diagramar una red de soporte y contención. La intensidad con la cual se vivan estos sentimientos, influirá de manera directa en la puesta en marcha de mecanismos defensivos, que le permitan tolerar y manejar los afectos que surgen del interjuego de las relaciones. La rigidez y el funcionamiento estereotipado de estos mecanismos, confronta con las dificultades en el manejo de las ansiedades, obturando la capacidad de adaptación y adecuación a la realidad.

La familia es un lugar sobre el cual se remiten, se depositan y se conjugan todos los miedos, las ansiedades, las angustias, los ataques. Laing (1970) menciona que el problema en el sistema familiar radica en la discontinuidad de procesos que se suceden dentro de la misma; aquellas acciones que se producen entre los agentes que la componen.

Esta noción de proceso y praxis designado por Sartre (1946), hará referencia a aquellos sucesos o acontecimientos realizados por los actores del sistema o aquellos que surgen como consecuencia de algunas operaciones, sin que exista un ser único que sea responsable de la misma.

Otro autor que arroja luz sobre esta problemática es Pichón Riviere quien refiere que los funcionamientos grupales, y en particular los contextos familiares promueven en el sujeto la dificultad de poder adaptarse de manera activa al grupo, se aliena, oficiando de portavoz; pudiendo generar una doble alienación: intra y extra grupal. Es necesario establecer como criterio, la diferenciación entre un parámetro de adaptación activa o pasiva al medio. Es decir, una persona con una adaptación pasiva, son aquellos que simplemente restringen su mundo a comer y dormir. Esto configura una barrera nodal, que permite a la persona ubicarse en un lugar de sujeto u objeto, con los otros y en la realidad. La capacidad adaptativa, no configura un elemento suficiente que determine la posición subjetiva de la persona frente al mundo; hay una disquisición cualitativa que permite conceptualizar el grado de implicancia que el sujeto asume sobre su propia realidad.

Pichón Riviere refiere: “el médico, la familia y los allegados se integran como contexto” (1985,p.66), y no como texto. El texto implicaría el imprimir algo en el otro, el signar su presencia; el texto opera a su vez sobre el contexto para someterlo a alguna transformación prevista en el proceso de construcción del texto. En la medida en que el sujeto no afecta al entorno (adaptación pasiva), éste no se encuentra afectado por él. La adaptación activa por el contrario, implica una dialéctica, en el sentido de la mutua determinación. Este autor va a definir al vínculo como “la estructura compleja que incluye al sujeto y al objeto, su interacción, momentos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica; proceso en cuyo comienzo las imágenes internas y la realidad externa deberían ser coincidentes” (1985,p.67).

Los autores mencionados coinciden en que, la vivencia que el sujeto tiene acerca de su familia y el establecimiento del vínculo, está plagado de contenidos que se forjaron en la primera infancia. Es decir, las vivencias de frustración y gratificación signaron el vínculo, y le impiden en su ser adulto vincularse de una manera diferente. Por lo tanto se plantea que existe un desajuste o una desadaptación entre la mirada que el sujeto tiene acerca de su familia (vivencia) y su familia en sí misma.

Pichón Riviere establece lo siguiente:

Su emisión y recepción de mensajes son permanentemente interferidas por la proyección de imágenes internas construidas durante su infancia en situaciones de frustración o gratificación que no puede modificar. Como dijimos, estas imágenes no coinciden con la realidad, porque se configuran sobre la base de los vínculos bueno y malo siguiendo un modelo estereotipado y arcaico. (1985,p.68).

### **El enfermo mental como depositario y portavoz de la familia.**

Muchas veces en el proceso de enfermar de un paciente, la familia tiene una tendencia a excluirlo como forma de mantener alejada de sí las ansiedades que dicha situación conlleva; así como el mantener separado todo aquello que el grupo familiar proyecta en él. El depositario de los contenidos patológicos del grupo, queda ubicado en el lugar del enfermo; podrá entonces establecer nuevas modalidades vinculares, en la medida que pueda manejar las ansiedades. Para ello es necesario que algo de lo establecido hasta el momento pueda comenzar a cambiar o modificarse. Si la proyección de los aspectos patológicos se produce de manera masiva, el sujeto queda paralizado intentando elaborar estas ansiedades, quedando atrapado y enquistado en el lugar del enfermo.

Analizando las dinámicas familiares, se observa que aquello que se deposita en el paciente, obedece a los conflictos generados en la trama familiar; los cuales se sostienen sin posibilidad de comunicación, de ser hablados. Este concepto determina el eje central en la conflictiva familiar; hay algo a nivel de la comunicación que no circula. Hay autores que refieren a los contenidos no dichos, a los secretos familiares, donde el paciente es el depositario y portavoz de la conflictiva familiar.

Así también es posible pensar que no existe lugar para la diferenciación y que muchas veces, las voces no son escuchadas en la medida que intentan ser voces distintas. Una de las vías posibles de restauración de la comunicación, es establecer instancias que promuevan el diálogo. Esta intervención debe ser pensada y evaluada, dado que el no diálogo se instala como un mecanismo de defensa. El sujeto o los sujetos se aíslan por el temor al ataque y la consecuente retaliación; o por el miedo a la pérdida de los objetos. El sentimiento de inseguridad que genera el enfrentar a los objetos, debe estar acompañado del sostenimiento de vínculos que le permitan al sujeto sentirse seguro de sí mismo, y encontrar soportes que lo contengan para evitar el desmoronamiento.

Pichón Riviere (1985), plantea que si bien existen grupos donde la comunicación se produce de una forma más abierta, las líneas de intercambio son unidireccionales, por lo cual se establece cierta rigidización en los vínculos, es decir no interactúan todos los miembros entre sí; sino unos con otros y siempre en ese sentido.

#### **4.3.3.1 Estrategias para la intervención familiar**

La psicoeducación componente fundamental en el proceso de RP, implica el educar a la familia acerca de la enfermedad mental y su funcionamiento. Habilita un espacio de intercambio entre, por un lado el conocimiento técnico y por otro el saber acerca del propio paciente. Permite obtener un mayor conocimiento acerca de la enfermedad mental y su funcionamiento, lo cual contribuye en la adhesión al tratamiento y un mejor manejo de las

fortalezas y debilidades del individuo; potenciando aquello que le permita obtener una mejor calidad de vida al sujeto y al entorno. Le permite configurar estrategias de afrontamiento ante las situaciones de estrés y cotidianas; así como también le brinda la posibilidad de conocerse a sí mismo, intentando así prevenir recaídas o anticiparlas (detectando la sintomatología prodrómica).

Los centros de RP toman algunos ejes para trabajar la intervención con las familias; abordando la implicancia de la misma en el proceso de rehabilitación. Mediante la información que se le brinda acerca de la patología, les permite tener herramientas para poder vincularse de otra forma con el miembro de la familia afectado por la enfermedad; ya que muchas veces se sienten sobrecargados por no comprender lo que sucede. Se intenta minimizar las afecciones familiares. Se trabaja en torno a la estigmatización y principalmente, se promueven instancias para profundizar sobre contenidos que permitan mejorar la calidad de vida de la familia en su conjunto.

Los postulados teóricos acerca del funcionamiento familiar, ofician de insumos para conocer y comprender la dinámica familiar que se establece en la situación clínica objeto de este estudio. Las configuraciones y los modos de funcionamiento, son relatados a nivel de las narrativas de los propios integrantes, así como desde las acompañantes. Este marco referencial permitirá arribar a algunas conclusiones que emergen del análisis de los contenidos, cuya finalidad apunta a la comprensión de la dinámica familiar y sus relaciones.

#### **4.4 Capacidad de insight y adherencia al tratamiento.**

Si bien ambos conceptos, se encuentran dentro de la rehabilitación, dado el lugar protagónico que tienen en este trabajo de investigación, se realiza un apartado especial.

Ambas nociones configuran ejes centrales en este estudio y han signado la estrategia de intervención; tanto desde el tratamiento farmacológico, como desde la intervención del seguimiento.

##### **4.4.1 Noción de insight.**

La capacidad de insight se relaciona con dos aspectos: tener conciencia acerca de sí y de su enfermedad.

La “noción de sí” o “conciencia de sí” proviene del latín “cum scientia” que significa “con conocimiento”. Implica el conocimiento que un ser tiene acerca de sí mismo y de su entorno.

El insight, alude a la capacidad que tiene un sujeto de poder reconocer su propia

enfermedad; implica un proceso de introspección y la inspección interna que se puede realizar con el fin de conocer y comprender sus estados mentales. El término insight, proviene desde la época antigua, donde los griegos la conceptualizaban como: “autoconocimiento y autoevaluación al referirse a un objetivo necesario para lograr algún bienestar”. (Esparza,2011,p.264). Freud (1913), por su parte considera el insight como la conciencia que posee el sujeto de estar enfermo. Permite una mirada ubicada en el presente, así como una regresión al pasado y la proyección a futuro; es decir la capacidad de anticipar las consecuencias de su enfermedad y las repercusiones sociales de la misma. Permite el contacto con la eficacia de los tratamientos en relación directa con su enfermedad.

Desde la psicopatología el término insight o introspección remite a indicadores de autoconocimiento; concibiéndolo como un fenómeno multidimensional y complejo. Por otro lado se contempla las características procesuales y diacrónicas del mismo. El psicoanálisis, plantea lo siguiente: los “procesos de adquisición de un insight progresivo sobre las significaciones inconscientes de nuestra conducta, logrados a través del análisis de la resistencia y la transferencia” (Tizón, Salamero, de la Lama & Díaz-Munquira,1980,p.9).

El insight, no es un componente permanente y presente en todos los casos. Una persona con una esquizofrenia, puede tener insight en relación a un síntoma pero no a todos. En los inicios de la enfermedad es más factible que exista un nivel de insight, que promueva la adherencia al tratamiento, y la prevención de futuras recaídas. En la medida que existe mayores niveles de insight, incide directamente en la adherencia al tratamiento y concomitantemente reduce a un menor número de internaciones y un mejor funcionamiento a nivel global.

#### **4.4.2 Factores inciden en la baja adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia.**

Existen estudios a nivel mundial, donde figura que el 41,2% de la población de pacientes con esquizofrenia, tiene una buena adherencia al tratamiento. Es decir existe un porcentaje muy elevado de pacientes que no poseen adherencia al tratamiento.

Un estudio realizado en España en el año 2008, fue propuesto por un grupo de psiquiatras, con el fin de establecer algunos indicadores que permitiesen pensar que factores inciden en la poca adherencia al tratamiento de los usuarios con esquizofrenia. Este índice, trae aparejado diversas consecuencias que repercuten tanto en la salud de los pacientes, como en la recarga de los sistemas sanitarios: a saber: “aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios, más frecuentes, aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los costes



sanitarios, disminuye la calidad de vida y repercute claramente en las familias y cuidadores” (Lluch, Fornés, Rodríguez & Giner,2010,p. 2).

### **Factores predictores**

Dentro de los factores predictores de la adherencia al tratamiento, aparecen:

- La intensidad del tratamiento (número de dosis y fármacos) y su complejidad
- Falta de conciencia, de la enfermedad
- El consumo de tóxicos.
- Falta de continuidad entre los distintos dispositivos y recursos de la red
- Falta de confianza en el personal sanitario.
- Ausencia de un cuidador principal o la sobrecarga de éste.

Frente a las dificultades entorno al tratamiento, este estudio arroja algunas estrategias de abordaje, que fueron consideradas como las más eficaces a la hora de modificar resultados; entre las más prevalentes aparece: el abordar con el paciente las consecuencias de no tomar la medicación y que el paciente pueda explicitar cuáles son sus resistencias al tratamiento, efectos secundarios, la no voluntad de realizarlo, entre otros factores. Es necesario utilizar estrategias psicoeducativas entorno al reforzamiento de las repercusiones positivas que existen en vida en general, con la toma de la medicación, es decir: remisión de la sintomatología, aumento de su calidad de vida. Establecer un balance entre costos y beneficios sobre la toma de la medicación.

Como estrategia de abordaje se aconseja modificar la terapéutica dosificada por una opción más eficaz (en los casos del incumplimiento del tratamiento): la utilización de medicación de depósito de larga duración. Esto permite que el paciente pueda ver los beneficios de no tener que tomar medicación diaria por lo que el tratamiento resulta menos engorroso. Trabajar sobre el reforzamiento de los beneficios de esta terapéutica.

Un estudio realizado por Green en 1988, analiza e investiga la relación entre el incumplimiento terapéutico y los reingresos hospitalarios. Este estudio fue desarrollado en Filadelfia en un centro de SM, donde se detectó que aquellos pacientes con “recidivismo<sup>2</sup>” o “pacientes de puerta giratoria<sup>3</sup>” poseen como factores precipitantes de ingreso, el incumplimiento terapéutico, la falta de supervisión y control ambulatorio tras el alta. Si bien el caso, objeto de la presente investigación, no cumple con ambas categorías dado que

---

<sup>2</sup> “El causante de esta situación era el propio paciente (incumplimiento terapéutico, ambivalencia, carácter cíclico de la enfermedad mental, etc.”(Linares Vallejo, Hernández Hernández, Herrero, Castrodeza Sanz, de la Gandara Martin& Negueruela Azarola,2002,p.12). .

<sup>3</sup> Refiere a aquellos pacientes que recurrentemente consultan en la puerta, donde el sistema es el responsable, dado que diseñan estrategias de abordaje que no se adecúan a las características de los mismos.



responden a pacientes con un vínculo de dependencia con la institución, (de ahí la denominación), podría desencadenar una situación con estas características, dado que posee muchos factores predisponentes.

Existen algunos autores que plantean la disquisición entre los términos cumplimiento y adherencia al tratamiento. Según Lluch, Fornés, Rodríguez, & Giner, (2010), el cumplimiento definiría el grado en que la persona logra cumplir con el tratamiento farmacológico; mientras que la adherencia involucra una noción más amplia incluyendo: hábitos de vida, dietas, colaboración voluntaria entre otros. En general, los estudios se dedican a explorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico o la asistencia a citas programadas. (2006), dado que es un factor fácilmente medible.

A nivel de la psiquiatría, se considera que en la cronicidad de las patologías mentales, la falta de conciencia de enfermedad, así como el alto grado de estigmatización (o autoestigma) que acompaña a los trastornos mentales, son factores que indican de manera directa en la adherencia al tratamiento.

#### **4.4.3 El estigma**

Este concepto influye de manera directa sobre la capacidad de insight y la adherencia al tratamiento. El concepto de estigma implica una “marca”. No se trata de una marca cualquiera, sino una que, ejerce en quien la porta, fuertes efectos de exclusión y discriminación. Foucault diría que las prácticas estigmatizantes son tecnologías de exclusión y discriminación social.

El psiquiatra español: Domingo Díaz del Peral plantea que el estigma significa establecer categorías que separan y distinguen a las personas entre sí; desdibuja las diferencias individuales, estableciendo generalizaciones.

El estigma genera efectos negativos, dado que implica quedar atrapado en los discursos de otros y se corre el riesgo de ser introyectado (autoestigma); posee entonces una doble cara: es externo e interno. En la mayoría de los casos, aquellas personas que sufren los efectos de la discriminación en situaciones cotidianas, se anticipan a experimentar la discriminación, antes que la misma se concrete. Es decir que el miedo que genera exponerse a una situación estigmatizante lo ubica en ese mismo lugar: autoestigma generándole repercusiones en su vida cotidiana: imposibilidad de acceder a los servicios de salud, centros educativos y culturales de la comunidad, así como a posibles fuentes laborales.

## **4.5. Seguimiento y acompañamiento terapéutico.**

### **Consideraciones iniciales.**

En los años 80 en Estados Unidos se produce un auge entorno a prácticas alternativas de asistencia a pacientes con patologías mentales graves. Se comienzan a implementar programas donde se asigna un paciente a profesionales o equipos específicos los cuales utilizan los diversos recursos sanitarios, comunitarios y sociales, en pro de mejorar la calidad de vida del paciente.

Hernández, Mariano (2000) emplea el término seguimiento comunitario, cuya acepción refiere a las intervenciones mediante la cual se acompaña a una persona en su medio de vida. Contribuye a resolver y superar dificultades en la vida cotidiana, sorteando obstáculos internos y externos, en pro de favorecer su integración social.

La práctica desarrollada, objeto del presente estudio, denominada dispositivo de seguimiento de pacientes, caracteriza, define su rol y funciones, homologándose a la figura del acompañante terapéutico. El seguimiento, en su constitución y funcionamiento, adquiere los basamentos del acompañante terapéutico, compartiendo el fundamento teórico que sustenta la práctica misma. Foucault entiende por dispositivo aquella que conforma una noción más amplia, refiere a la idea de práctica. (Agamben ,2011); corresponde entonces designar al dispositivo como la historia de las prácticas de subjetivación. Va a plantear que los dispositivos son constitutivos del sujeto y que inscriben en sus cuerpos determinadas formas y modos de ser. En los cuerpos se imprimen saberes, instituciones, prácticas, cuya objetivo apunta a dar un sentido útil a los pensamientos y acciones del individuo. En este sentido el dispositivo propuesto refiere a una práctica que apunta a promover un proceso de subjetivación en las personas; pudiendo reconocer y comprender sus acciones; así como decodificar sus propios pensamientos.

El seguimiento y el acompañamiento terapéutico, difieren en un punto: el seguimiento se inserta dentro de una práctica curricular de grado y tiene una duración de un año lectivo, por razones académicas; siendo que el acompañamiento terapéutico no tiene un tiempo acotado. El tiempo de la intervención forma parte del diseño estratégico de la misma. En el seguimiento esa variable es un aspecto a considerar, dado que condiciona la intervención.

Por todo lo expuesto, las características del seguimiento y la función de los estudiantes se homologan al acompañamiento terapéutico, por lo cual las estudiantes son designadas en calidad de acompañantes.

### **4.5.1 Surgimiento del término y las designaciones que lo anteceden.**

Los orígenes de la práctica que funda el acompañamiento terapéutico, puede

ubicarse con el desarrollo de la psiquiatría moderna. Michael Foucault (2001) plantea que se produce una transformación del modelo clásico asilar (con una hegemonía del poder médico), al tratamiento comunitario en el campo de la SM. “Cómo bien lo detallara Jaques Postel, la transformación crítica del modelo puede fecharse a partir de la sustitución en la Salpetriere del conserje Pussin, terapeuta empírico no médico, por el médico Esquirol” (Cossi,2001,p.6). Hasta ese momento la funciones del médico y del terapeuta, se encontraban claramente ligadas. A partir de entonces, ambas se unen en una figura, la del “médico terapeuta”. Esta figura era quien visitaba a los pacientes en su domicilio, apartándose de la figura del médico tradicional.

El término AT tiene sus orígenes en Argentina entre los años 60 y principio de la década de los 70 de la mano de Eduardo Kalina y García Badaracco; en sus inicios estuvo ligado a los tratamientos de las adicciones y a las patologías mentales graves (psicosis); posteriormente se fue expandiendo a otro tipo de afecciones o discapacidades.

Se produce una especie de fenómeno en cadena en otros países, donde se comienzan a desarrollar dispositivos con características similares: en España Surge la figura del “monitor de tiempo libre”; en Francia, el “animateur”, era el encargado del acompañamiento grupal ligado a actividades de recreo y ocio; en Canadá, en el Centro 388 de Québec, el llamado “interviniente clínico”, que incluyó especialmente pacientes psicóticos; en Inglaterra y Bélgica se crearon los “dispositivos de enlace” y en Argentina y Brasil, se designó a un agente denominado “amigo calificado” (Kuras de Mahuer y Resnisky, 1985); término muy criticado, pues pareciese significar una relación amistosa entre el técnico y el paciente. Con posterioridad a esta denominación le precede la designación “amigo rentado”, existente en el contexto estadounidense el cual era empleado en el campo de la psiquiatría y la medicina de orientación comunitaria: “ y más tarde tomaría su nombre definitivo, Acompañante Terapéutico” (Saiz Galdós& Chévez Mandelstein,2009, p.78).

La práctica que hoy se denomina AT se inicia en Suecia en 1937, tal como lo señala Segundo Ayub en 1996 primer texto escrito sobre AT; allí se daría comienzo a esta práctica de acompañar. El origen del mismo se ubica en las acciones de una enfermera que se encargaba de acompañar a una paciente esquizofrénica. En esos momentos la práctica conformaba simplemente una intervención clínica aislada y no un tratamiento instituido dentro del campo de la SM. La función principal era la de figuras auxiliares, que permitieran una mejor calidad asistencial, debido a la alta demanda a nivel atencional, de la población con patologías graves. Cossi establece por su parte: “en esta modificación se destaca, al modo de un complejo movimiento de enroque, la transformación del sustantivo “amigo” por la de “acompañante” y la del predicado “calificado” por la de “terapéutico”.(2001,p.5).

Revisiones más profundas efectuadas por Reis Neto en 1995, ubican al AT conformando un equipo especializado que integraba el CETAMP<sup>4</sup> (dirigido por el Dr. Kalina denominado en ese entonces “Amigo Calificado”. El objetivo se remitía básicamente en aquel entonces, a efectuar un acompañamiento en aquellos pacientes que requerían fortalecer el vínculo con un establecimiento psiquiátrico o una comunidad terapéutica. En 1969 en Río de Janeiro en la Clínica Pinel de Villa Pinheiros, centro de tratamiento inspirado en la psiquiatría dinámica de orientación Psicoanalítica, se promueve la figura del AT (sustituyendo a la del auxiliar psiquiátrico), por la formación que posee (aspectos de la psicopatología dinámica, psicofarmacología, etc), y la función que desempeña (trascender los muros del hospital y llevar los acompañamientos a los hogares de los pacientes); de esta manera amplia la intervención, desde el campo institucional al campo social. El componente que revaloriza esta práctica, es el prolongado tiempo al lado del paciente, lo cual permite captar sus intereses, los proyectos y los deseos de estos sujetos, posibilitando de esta manera construir una estrategia de intervención más adecuada a cada caso y sus particularidades. El at, posee participación en el equipo tratante, con la posibilidad de acompañar al paciente en su domicilio y conocer y comprender el entorno familiar. Recién en el 1997, se asienta la figura del at y se invita a los profesionales a realizar teorizaciones sobre este dispositivo clínico que se considera un elemento importante y una herramienta terapéutica para la estabilización de los pacientes. En Brasil el auge de la figura del AT, y las nuevas prácticas en SM sustentadas en la atención domiciliaria, se encuentra fuertemente vinculada a la reforma psiquiátrica, donde se produce un movimiento de lucha antimanicomial. El AT, surge como una necesidad a nivel de las terapéuticas, de cubrir determinados vacíos asistenciales tradicionales.

En Uruguay los inicios de las prácticas de acompañamiento, surgen como hechos aislados, prácticas que se insertan y que complementan el trabajo terapéutico, sin una formación específica en el tema. Según la Lic. en Psic. Mayra Portela (2008), estos dispositivos se montan en su mayoría en aquellos pacientes que han transitado por diversos abordajes terapéuticos, sin posibilidad de adherencia. Un antecedente más directo de esta práctica, sin una formación institucional, se ubica con la Dra. Raquel Zamora, psiquiatra; quien instrumenta desde su clínica particular, la formación de at, con el fin de incluirlos en el abordaje terapéutico de sus pacientes.

En relación a la Clínica de pacientes adictos, una figura que posee una formación similar, pero que no posee la especificidad, es la del Operador Socio-terapéutico, quién cumple la función de acompañar el proceso de internación y externación del usuario de la

---

<sup>4</sup> Centro de estudios y tratamiento de abordaje múltiple en Psiquiatría.

institución. La tarea del operador, se encuentra limitada acompañando las tareas lúdico-recreativas, pero no realiza una intervención terapéutica; posee un rol de agente motivador.

En el año 2008, con el apoyo del Lic. Gustavo Rossi (encargado de la formación de Acompañantes Terapéuticos en Buenos Aires en la Universidad de Buenos Aires), se inicia la Tecnicatura de Acompañamiento Terapéutico en la Universidad Católica del Uruguay reconocida por Ministerio de Educación y Cultura y habilitado por el Ministerio de Salud Pública.

#### **4.5.2 La función del acompañante**

El AT es una modalidad de intervención más personalizada, que se privilegia en aquellos casos de pacientes con patologías graves (por ej.), que cursan una situación de crisis o una internación; y que posee una estrategia de intervención específica. Interviene en su cotidianeidad y en situaciones de emergencia, permite que el sujeto no se sienta solo en el atravesamiento de las diversas circunstancias y etapas del tratamiento.

La función que desarrolla cada acompañante, no puede definirse a priori, dependerá de cada situación en particular, de la estrategia definida a cada paciente, la cual se diseñará en función de la evolución y las singularidades de cada persona.

Igualmente se pueden establecer algunas funciones que están pautadas previamente:

- Interpretación lo más técnica posible de los signos que manifiesta el paciente, de la situación, del lugar, del grupo familiar y de amigos que lo frecuentan, de la institución que lo alberga (si se hallase internado), de todo lo que hace a su entorno.
- Ser un interlocutor preferencial dentro del equipo tratante dado el tiempo y las vivencias compartidas con el paciente. La particularidad de su encuadre de trabajo y el campo patológico donde es convocado.
- Trabajar para que el tratamiento no se interrumpa ni bruscamente ni por inercia. Trabajar contra la tendencia del rechazo y la dependencia del tratamiento.
- Ser un mediador que posibilite que el tratamiento consiga sus objetivos.
- Promover la contención de la enfermedad y los efectos de esta en la vida de relación del paciente a lo largo del tratamiento; contribuir con su quehacer a que la enfermedad entre en remisión.

El AT pretende a través de la construcción de una “ red mínima de apoyo que permitan la creación de nuevos territorios de existencia”. (Nivoloni,2008,p.4).

### **4.5.3 Rol del acompañante terapéutico**

#### **Contener al Paciente:**

- Sostén que auxilia al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo (ésta función se nutre del concepto Winnicottiano de holding).

#### **Ofrecerse como referente**

- Se trata de ofrecerse como un organizador psíquico que ayude al paciente a regularse.
- Es un posible modelo de identificación, que le brinda al sujeto la posibilidad de generar un vínculo distinto de aquellos que sostiene con regularidad y repite en su sufrimiento; generando una ruptura en sus modelos estereotipados de vinculación.
- Le presenta al sujeto distintos modos de sentir y actuar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana.

#### **Ayudar a reinvestir:**

- Es un pilar en la resocialización del paciente.
- Acompaña en su reinserción social.
- Se ofrece como mediador para la cultura, de forma de tender redes y puentes con el medio tanto conocido como por conocer, partiendo de los intereses del paciente.
- Lo acompaña muchas veces después de una internación como forma de alejarlo del estigma del enfermo mental, ofreciéndose como mediador para mitigar la ruptura existencial que la enfermedad supone.

#### **Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente**

- Se alienta el desarrollo de las áreas más organizadas de la personalidad en desmedro de los aspectos más dañados.
- Se busca canalizar las inquietudes de los pacientes para: liberar la capacidad creativa inhibida y favorecer la re-estructuración de la personalidad a partir de un eje organizador.

#### **Ampliar la mirada del mundo “objetivo” del paciente**

- Al ampliar el contacto con el paciente (en tiempo y espacio) se participa de la cotidianeidad del mismo, disponiendo de una gama riquísima de información sobre su diario vivir, sus actividades, sus vínculos familiares y extra – familiares, sus reacciones y emociones. Datos que aportan a la hora de evaluar el diagnóstico y pronóstico.

### **Habilitar un espacio para pensar**

- El espacio discursivo que se genera en el vínculo, habilita un ámbito de procesamiento y metabolización.

### **Orientar en el espacio social**

- En general estos pacientes se encuentran perdidos en un espacio social que no dominan, el AT tiene por función paliar esta distancia facilitando el paulatino re-encuentro con aquello que perdió.

### **Intervenir en la trama familiar**

- Se busca descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia. Posee la función de mediador entre la familia y el paciente, promoviendo un lugar tercero, sobre el cual se depositen todas las proyecciones, con la finalidad de mejorar la comunicación a la interna del sistema familiar.

La intervención debe tener un abordaje múltiple incluyendo a los diversos actores en el proceso. La familia se encuentra inserta en la situación, por lo cual también se halla en una situación de crisis.

#### **4.5.4 Sustento Teórico del AT**

El marco teórico referencial del acompañante, es la teoría psicoanalítica. El AT se despegó del dispositivo clásico del consultorio y se inserta en la cotidianeidad del paciente, nos permite conocer sus vínculos, sus intereses, sus redes de sostén, su aislamiento y sus temores. Se propone como se señalaba anteriormente, una zona de encuentro. Un espacio intermedio donde el sujeto pueda desplegar su sentir, sus miedos, su dolor.

Winnicott aporta al respecto, lo siguiente:

la tarea de la aceptación de la realidad nunca queda terminada, que ser humano alguno se encuentra libre de la tensión de vincular la realidad interna con la exterior, y que el alivio de esta tensión lo proporciona una zona intermedia de experiencia que no es objeto de ataques... dicha zona es una continuación directa de la zona de juego del niño pequeño que "se pierde" en sus juegos. (1972,p.31)

En pacientes con enfermedades graves como la esquizofrenia, el contacto con la realidad exterior se encuentra afectado; la construcción de una "zona intermedia" procura promover una actitud que posibilite la accesibilidad al mundo exterior; favoreciendo un vínculo con el paciente que le permita salir del encierro y aislamiento en el cuál se instala

por momentos, casi sin retorno. Se propone entonces, operar desde esta zona intermedia de experiencia que tal como en la infancia, cumplió su función para la iniciación de la relación del niño con el mundo externo (no sin dificultades en ese momento). Se posibilita entonces la reconexión del paciente con su mundo más inmediato, favoreciendo la tarea de re-socialización que se propone el acompañamiento. Esa zona intermedia oficia de espacio transicional, donde se le ofrece un lugar al paciente a fin de desplegar sus contenidos, sin temor a lo retaliativo. Para ello es esencial la continuidad de la relación y la estabilidad de ésta, elementos que Winnicott (1972) entiende básicos para generar la continuidad existencial que sostiene a la "identidad". En los primeros tiempos, tal continuidad no pudo lograrse: la explicación varía y cada caso es único, pero el denominador común es la falla en estos primeros tiempos en cuanto a la provisión de esta continuidad existencial. El acompañamiento se aboca a la re-construcción de una experiencia lo más estable posible (pretendiendo contrarrestar la discontinuidad ya vivida), en esta zona intermedia que permita dar cumplimiento a los objetivos planteados. Éstos objetivos en su conjunto tienden a fomentar en el paciente la autogestión, la autonomía y para ello es indispensable el apuntalamiento de su identidad que ha sido desdibujada.

El Lic. Gustavo Rossi manifiesta lo siguiente:

en un sujeto afectado por la locura (en sentido amplio, no restringido al diagnóstico de psicosis) va a encontrar perturbada para su vida cotidiana su relación con el espacio público, su vínculo con los otros, con la calle, con los lugares que frecuentaba ... ubicamos la intervención del acompañamiento terapéutico, porque ese sujeto aparece empujado al encierro propio ... con su impulso hacia la ruptura con el tejido social y su refugio en el aislamiento... allí el acompañante terapéutico va a ofrecerse como mediador, como componedor en ese encuentro/desencuentro entre alguien aquejado por la locura y su prójimo, su barrio, su ciudad, etc." (2004,p.12)

Las técnicas utilizadas en el acompañamiento son entendidas como un espacio donde se recrea la posibilidad de jugar juntos, tal como el adulto lo realiza con un niño. Es necesario recordar que Winnicott (1964) señalaba que todo lo que rige en el juego de los niños se continúa en los adultos. En este jugar, están los fenómenos transicionales que van desde la primera experiencia del niño en la manipulación del objeto, hasta la experiencia cultural del adulto. Allí el acompañante se ofrece como mediador en aquel lugar donde Winnicott (1964) encuentra al jugar. Para él, el jugar no se encuentra "adentro", ni "afuera", no forma parte del no-yo, del mundo externo que el niño (según sus palabras) reconoce no sin dolor. El juego no está fuera del dominio mágico. Señala igualmente que para dominar lo que está afuera se necesita "hacer"; el juego es una forma de hacer. Esta experiencia



intermedia se encuentra basculando entre la ilusión – desilusión a través del cual se da el pasaje del principio de placer al de realidad. En el proceso de la enfermedad, la realidad interna y externa está comprometida; por ello el espacio con el AT habilita la posibilidad del paciente de expresarse; acceder a un adecuado manejo de la cultura y fomentar un proceso de re-socialización. En el establecimiento del vínculo se refuerzan las partes sanas del paciente, ya que es un vínculo que puede contener la frustración, agresiones e idealizaciones. La función del AT no es la de la cura, sino que el paciente encuentre un espacio de contención y comprensión, desde lo individual y social.

Winnicott (1964) habla sobre el acompañante, como un facilitador del vínculo con el medio ambiente. Se requiere que el otro proponga un espacio que resulte transicional para amortiguar los efectos que pueden resultar devastadores. En el vínculo con el paciente, una de las funciones principales es la de contener. Que significa “contener al paciente”. “Frente a la ansiedad, la angustia o los miedos del paciente, el acompañante terapéutico debe *«ofrecerse como sostén, a la manera de un chaleco humano»*, como alternativa a la contención por medio de psicofármacos u otros recursos coercitivos habitualmente utilizados para tal fin” (Pulice,2011,p.11)

Un segundo aspecto o función del AT: refiere a “ofrecerse como un modelo de identificación” Implica incorporar nuevos pensamientos y mostrar otras formas y posibilidades ante instancias habituales de la vida cotidiana. Introducir otras variables y miradas en relación al objeto o situación, despojado de los modelos identificatorios, provenientes de lo intrafamiliar; ofreciendo la posibilidad de algo novedoso que implique nuevas inscripciones del mundo, de sí mismo, de la enfermedad y de la terapéutica.

### **Aspectos transferenciales del Acompañamiento Terapéutico**

El componente nodal del AT, es la relación transferencial que se establece con el paciente, o al decir de Eduardo Cossi (2001) del : “encuentro de subjetividades”. La transferencia que establecen los pacientes con patologías graves tiene muchas veces un carácter masivo y pueden producir desbordes emocionales. Estos contenidos deben ser abordados y trabajados, como forma de evitar que los mismos obturen el proceso.

Las características de la relación que se establece, será la herramienta que permitirá influenciar o no sobre el paciente:

Lo que existe en la persona para que su relación con su terapeuta sea tan fuerte es la enfermedad y es el modo especial de darse del vínculo transferencial, el que va definiendo los diferentes roles que el AT jugará según

las patologías y según los momentos que ésta atraviese. (Cossi,1998,p.14).

Al hablar de transferencia, nos remitimos a la definición de Laplanche & Laplanche: “es el proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre determinados objetos en el marco de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, inminentemente en el cuadro de la relación analítica” (1971, p.495 ).

Existen dos tipos de establecimiento del vínculo transferencial:

- **La transferencia positiva:** cuando el paciente acepta todo lo que proviene del equipo técnico que interviene, más allá de su deseo. Si bien esta modalidad favorece la adherencia al tratamiento, se establece un vínculo de dependencia. Durante el transcurso del proceso, deben abordarse estos contenidos y continuar con el tratamiento.
- **Transferencia Negativa:** refiere a una negativa o rechazo constante de las propuestas de tratamiento (incluido el medicamento) que provienen del equipo tratante, y una postura hostil hacia los mismos. Estos contenidos pueden surgir como consecuencia de los efectos secundarios de los tratamientos. Dichos contenidos pueden ser abordados en la medida que la sintomatología comienza su proceso de remisión. Esto permitirá establecer un equilibrio entre los efectos secundarios y la disminución sintomática.

Por su parte, René Loureau (2001) conceptualiza la noción de implicancia, aludiendo a las interferencias existentes en la relación dialéctica que se establece entre el campo de intervención y el campo de análisis. Las implicancias, surgen entonces como un tercer componente, producto de las interferencias que emergen de la relación que se establece entre ambos campos. René Loureau la define como “un nudo de relaciones”; y agrega que la misma no posee una connotación negativa ni positiva, sino que debe ser en sí misma analizada. Su análisis requiere poder pensar y reflexionar acerca de aquello que sucede en el encuentro con el otro. Las referencias, las adhesiones, la participación y todos sus no. Todo lo que sucede en ese espacio dialéctico, es utilizado como material de análisis; aquellos componentes que se encuentran en sus extremos: la desimplicación (postura totalmente objetiva) o la sobreimplicación (totalmente subjetiva), se encuentran en el terreno de lo inanalizable.

#### **4.5.5 Vínculo y Encuadre.**

Tanto la literatura acerca del AT, así como la práctica clínica concreta, refuerza de manera incesante, que la principal herramienta que posee un acompañante es el vínculo. A partir de la construcción del mismo se comienzan a edificar otros proyectos, desplegar sus potencialidades y trabajar sobre sus dificultades. El vínculo se promueve en la medida que el

acompañante deberá “soportar” (en un sentido bioniano) y “contener” los ataques del paciente. En aquellas personas que la desconfianza es un factor nodal, conllevará mucho tiempo que el otro se permita confiar. La mirada que uno le devuelve en función de las proyecciones que el otro hace, serán constitutivas de un buen vínculo. Varios autores plantean la necesidad que el acompañante posea determinadas características en su personalidad, además de contar con una formación lo suficientemente solvente para poder desempeñar su labor. Un yo fuerte, permitirá contener los ataques al yo; ayudar a controlar la ansiedad del paciente y tolerar la frustración. Cuando se trabaja con personas ansiosas, con poca capacidad para la discriminación y escasos control de los impulsos, la transferencia se torna masiva, por lo cual el acompañante deberá sostener los contenidos agresivos y hostiles que se despliegan; para ello se deberá apelar a la capacidad de maternaje, desarrollando así la función de holding desarrollada (Winnicott,1964) y reverié (Bion,1986).

### **El encuadre en el marco del dispositivo de seguimiento.**

Es importante, establecer un marco de referencia que permita comprender y encuadrar la tarea de seguimiento (acompañamiento). Este marco no se remite solamente a la teoría que sustenta la práctica, sino a una modalidad de abordaje que permite establecer determinados límites en relación a la intervención. Por lo cual el rol y la teoría, configuran las bases conceptuales del presente encuadre de trabajo. El concepto de encuadre clásico definido por Horacio Etchegoyen permite pensar al respecto: “El encuadre supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar.” (Usobiaga,2005,p.47). La permanencia del espacio y la continuidad en el proceso, forjan el establecimiento del vínculo. Se considera un encuadre móvil, dado que no se estructura en un único lugar fijo y constante, sino que las variables que se mantienen son aquellas que propician el vínculo acompañante-paciente.

¿Cómo se piensa un encuadre de trabajo en una práctica que posee características tan particulares como ésta práctica?.

Winnicott (1964) va a hacer referencia sobre la importancia del encuadre en la práctica clínica, en especial en pacientes con patologías graves. Su provisión y el mantenimiento del mismo, son pilares fundamentales; de mayor relevancia incluso que la propia interpretación. Bleger define al setting como: “la suma de todos los detalles de la técnica”. (1967,p.247).

Bleger (1967), menciona que Freud planteaba que entre técnica y el estilo no existía concordancia y que la técnica se mantiene mientras lo que varía es el estilo. Asimismo

define el encuadre de la siguiente manera:

un 'no proceso' en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso." (...) "El encuadre correspondería a las **constantes** de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las **variables**. (...) Y sólo lo citamos para que se comprenda que un proceso sólo puede ser investigado cuando se mantienen las mismas constantes (encuadre)." (...) "Es así que dentro del encuadre psicoanalítico incluimos el papel del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica (en la cual se incluyen el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.). (Usobiaga,2005,p.47)

El encuadre, dice Benyakar (respecto de su experiencia en guerras y catástrofes), consiste en el vínculo particular que establecieron los terapeutas con los damnificados. Para Benyakar el encuadre debe ser *estable y coherente*, pero en especial tiene que "ser flexible y servir de 'espacio transicional' en el sentido psicológico, personal e interpersonal. Debe conjugarse entonces una elasticidad del encuadre con ciertas condiciones de estabilidad y continuidad requeridas, y de ahí su complejidad". (Rossi,2011, p. 8).

Según refiere Bleger, Klein (1950) va a plantear que el encuadre posee una función "continente", una puesta de límite; desempeña la función paterna. Bleger (1967) por su parte menciona: "el encuadre como institución, es el depositario de la parte psicótica de la personalidad, es decir de la parte indiferenciada y no resuelta de los primitivos vínculos simbióticos." Usobiaga,2005,p.48).

Winnicott (1964) habla del encuadre asociado a la función materna, donde se metabolizan los contenidos, devolviéndolos de una manera que pueda ser asimilable. O al decir de Bion (1986) la transformación los elementos beta en elementos alfa; o de la "cosa en sí misma" a la "representación de la cosa en sí misma". Oficia de continente y de puesta de límite, desempeñando la función paterna.

Pereira (1994) citando los estudios de Green, plantea que el encuadre implica otro. Un "elemento tercero" que viene a interceder en la relación dual que se establece. Por lo tanto se podría afirmar que el encuadre favorece y permite por un lado la regresión, y por otro la limita; así como también es un tercero que interviene en una relación dual. Asimismo Green refiere sobre la importancia y el cuidado del paciente en el encuentro dado que la vulnerabilidad que posee requiere una capacidad de escucha y contención diferente: "Es por eso que la tarea analítica en estos casos debe ser hecha por profesionales de vasta experiencia que puedan acompañar con mucho cuidado a desandar este camino sin pisar minas que puedan destruir el aparato psíquico de sus pacientes". (Baudrillard,2010,p.880).

Como se explicitó anteriormente, desde la reforma psiquiátrica, se ha intentado reducir la población que consulta en los hospitales psiquiátricos, en lógica de “puerta giratoria” e intentar que los programas comunitarios puedan dar respuesta a esta situación.

Con el correr de los tiempos, se pudo observar cómo, si bien las puertas de los hospitales están más abiertas y permiten que el paciente pueda salir, los profesionales permanecen adentro; más aún, ellos son quienes no quieren salir. Surge entonces como interrogante: ¿quienes tienen dificultades para reinsertarse en la sociedad? ‘Quiénes tienen resistencias a salir?’

En observaciones realizadas a *at*, se ha detectado que no solamente al Profesional que se encuentra en un consultorio del Hospital, le cuesta salir. El acompañante, que la mayor parte del tiempo, pasa en la comunidad y compartiendo la cotidianeidad del paciente, muchas veces son ellos mismos quienes reproducen lógicas psiquiatrizantes. Si bien desde una perspectiva real, están fuera del Hospital, desde la práctica misma, siguen adentro.

Spivak (1987) llama “espiral desocializadora” (García & de Mendonça, 1995, p.4), en el cual contribuye el paciente y su contexto. Este espiral conduce a un proceso de aislamiento, y sin ningún tipo de expectativa positiva, de los cuales toda la sociedad y el propio paciente (formando parte), son los gestores.

H. Chaignau comenta: “Más modernas son las nociones según las cuales un enfermo psicótico, en particular un esquizofrénico, instituye donde está, un modo relacional que tiende a reproducir el sistema familiar”. (García & de Mendonça, 1995, p.5). Esto implica que muchas veces el paciente no está hospitalizado o institucionalizado, pero se reproduce la lógica de abandono y segregación en el domicilio del paciente, denominado “institucionalización a domicilio”. Esto tiende muchas veces a delegar o depositar el trato para estos pacientes, en profesionales menos calificados, que terminan también siendo relegados por el resto del equipo. Muchas veces, los profesionales a cargo de estos pacientes, no están preparados para poder trabajar los contenidos contratransferenciales y por lo tanto reaccionar con sentimientos de ira, miedo, confusión o impotencia, frente a determinadas actitudes o conductas del paciente.

Por su parte Hochmann (1982) realiza una discriminación de los sentimientos que provoca el confrontarse con el universo psicótico: el sentimiento de invasión, el no poseer espacio propio, de ser parasitado; el sentimiento de vacío; ser vaciado de contenidos mentales, de no poder guardar nada para sí que sea bueno y creador. Y el “último sentimiento –que los otros tenían la misión de recubrir-, un sentimiento de inanidad y de no

sentido, de absurdez total, un tipo de anti pensamiento que paraliza la institución en un grotesco simulacro de vida”. (García& de Mendonça,1995,p.6).

#### 4.6 El lugar de la mirada

*“Mis ojos, sin tus ojos, no son ojos”.*

*Miguel Hernández*

La mirada, concepto que requiere un subcapítulo dedicado a ella. El presente estudio centra su atención en la mirada hacia un otro como un ser sufriente; un ser con dificultades que requiere ser reconocido por otros seres de una manera diferente; ser ubicado y ubicarse un lugar de sujeto, con deseos y necesidades (en un contexto de derechos). Atraviesa a todos los seres humanos, desde los distintos lugares. La mirada de los padres, de pares, de otros, constituyente del ser humano; otorga identidad, devuelve la imagen de la existencia y la propia mirada. El mirar al otro le devuelve algo acerca de sí mismo. El encuentro con el otro en el espacio del seguimiento, pretende habilitar un lugar para la mirada. Un lugar de otro diferente de mí, no igual a mí, no yo. El investirlos desde ese lugar, produce algo del orden de lo novedoso. Porque “mirar” no es lo mismo que “ver”. El ver se encuentra asociado al acto de la visión, de lo sensorial; mientras que el mirar implica un componente subjetivo; un encuentro de subjetividades.

La mirada del otro (madre, padre, técnico, sociedad), nos determina en nuestro hacer, y nos otorga un lugar en la existencia y en la vida del otro; nos condiciona la forma en que nos ubicamos ante ellos. El otro me determina y es determinado por mi mirada; es constituyente. De ahí su importancia desde los orígenes de nuestra vida, incluso antes.

Sartre (1946) señala que:

el hombre es ser para-sí, pero también ser para-otro. El ser para-otro se me revela en la facticidad de la existencia concreta en el mundo y no responde a ningún a priori. Mi ser para-otro se me revela cuando el Otro aparece frente a mí y me mira” (Cladakis,2013,p.1).

El existencialismo plantea la importancia de la mirada en relación a la existencia del ser humano: Sartre (1946) plantea lo siguiente: “la mirada del Otro me define. Si yo no soy mirado por el Otro, tengo que hacer algo para lograrlo” (Pécora,2013,s/p) soy en la medida en que soy reconocido por el otro. Se remarca así la relevancia del otro en la constitución del yo.

En primera instancia se desarrolla brevemente el cambio a nivel de la mirada en la

clínica, y el lugar en que se ha ubicado al paciente a lo largo de la historia. Moffat (1974) menciona los planteos de Sartre (1960), donde sugiere que si se pierden los vínculos sociales la SM se deteriora mucho. Esta pérdida no siempre se manifiesta a través de la locura, sino también a través de la violencia o la depresión. Es la mirada que se mantiene con el Otro, y que el otro nos devuelve, lo que sostiene y cuida de la locura; hace consciente al sujeto de sí mismo, pues el otro lo objetiva. Es por lo tanto una de las más importantes expresiones de la experiencia intersubjetiva, la experiencia o presencia del otro; el sujeto está siendo en la medida en que es visto (mirado) por el otro.

Moffat (1974) plantea que el lenguaje es lo que sostiene los vínculos: es la reciprocidad de la mirada. En la medida en que el ser habla, relata, va construyendo una historia, y esa historia es él mismo, esa historia se construye con el otro. El lenguaje construye historicidad, y la historicidad es identidad. Somos una historia que quiere proyectarse, continuarse, pero para eso necesitamos el diálogo con un otro real. La mirada del prójimo cambia la perspectiva del mundo, la reordena. En relación al prójimo, refiere Sartre (1954) que la relación entre el sí mismo y el prójimo va construyendo una historia en tanto a cada instante el otro mira. Captar una mirada es tomar conciencia de ser mirado.

Lacan refiere acerca de la importancia de este contenido, en el sentido de otorgar un valor a la presencia, pero también a la ausencia. Moffat (1974) plantea la importancia de la escucha y su relación con la mirada. Ambas se requieren como instrumentos para acercarse al otro y conocerlo. Esto permite estar allí, ayudarlo, comprender lo que le sucede. No implica simplemente oír, es necesario escuchar y no alcanza con ver, es necesario mirar; esto permite aceptar al otro tal cual es.

## Capítulo III

### 5. Presentación del caso clínico: “L”

#### 5.1 Datos patronímicos:

Se describe a continuación la presentación clínica de “L”, su trayectoria de vida y los momentos de crisis (internaciones) como mojones en su vida.

Esta descripción se construye con los datos aportados de las entrevistas, así como con la información obtenida de la Historia Clínica.

“L” es una persona de sexo masculino, de 33 años de edad. Viven en Montevideo, en la zona de Casavalle, en una habitación apartada de la casa paterna, pero ubicada en el mismo predio y convive a diario con ellos. Su familia está compuesta por sus padres (madre de 62 años) y padre (65) y 4 hermanos: 2 hermanas por parte de ambos padres: “P” y “A” (28 y 38 años respectivamente) y 3 hermanos varones por parte de padre (42 y 40 años).

La madre se desempeña como ama de casa y su padre trabaja de sereno. La hermana menor “P”, vive con su pareja y su hijo de 5 años en una casa en el mismo predio que la familia. Tienen un comercio allí mismo y ambos trabajan en él. “L” tiene una relación de mucha rivalidad y envidia con este cuñado. Su figura es vivida como una amenaza a perder su lugar en el seno de su familia.

La hermana mayor “A”, vive sola y no tiene pareja. El vínculo con la misma se encuentra muy deteriorado debido al comportamiento de “L”; principalmente por los tratos inferidos hacia su madre.

De sus hermanos varones surge lo siguiente: los 3 son mayores que él, uno viven en Argentina, otro en la ruta 102 (con quienes no tiene mucho vínculo) y el más chico cerca de su casa. Éste último, surge como la figura más significativa en la vida de “L” (de sus hermanos varones).

En relación al vínculo de “L” con su familia, refiere que quiere a ambos padres, pero que con su madre a veces discuten. Dice asimismo que no lo respetan; que se meten a su cuarto. Dice que le gustaría vivir solo o en una iglesia católica y “ser sacerdote”; igualmente se manifiesta agradecido por tener un lugar donde vivir.

Sobre los vínculos de pareja: Tuvo una relación de 3 años, de la cual nacen sus 2 hijas: de 11 y de 12 años. Las niñas viven con su madre, pero pasan gran parte del tiempo en la casa de los abuelos paternos, al cuidado de los mismos. “L” está con ellas pero los cuidados básicos están a cargo de su abuela, incluso pernoctan en la casa de ellos. El



manifiesta que le gusta estar con sus hijas, que juega con ellas, pero no logra ocuparse de las mismas desde un rol paterno.

Previo a esta relación, tuvo una pareja que no duró mucho tiempo. Ella quedó embarazada de otra persona, lo cual fue un shock en la vida de "L".

Respecto de los vínculos a nivel social: no tiene muchos amigos. Desde el discurso emerge que hace unos años atrás el tenía amigos, pero luego se fueron distanciando por diversas razones. Surge una figura con un rol protagónico, el cual no es un vínculo muy ponderado por su familia. Posee otros vínculos, pero son muy escasos; se relaciona con gente de la iglesia solamente. Durante la internación: no se vincula con pacientes, pasa en la cama y no realiza actividades.

Sobre su nivel educativo, surge que cursó hasta segundo año de liceo. Refiere que en la escuela nunca presentó dificultades a nivel académico (no repitió ningún año) y tampoco a nivel relacional. Concurrió al liceo, pero le quedaron materias que nunca dio. Realizó electrónica en una academia privada (2 años), refiere que lo terminó.

Su inserción laboral, ha sido variada. Cuando abandona el liceo, comienza a trabajar ayudando a sus padres en el almacén familiar. Con posterioridad trabajó en un invernáculo, luego en carga y descarga. En su relato surge que "L" abandona este último trabajo, porque no quería dejar su casa por temor a que le robaran (no tenía la puerta que daba al exterior). La familia relata que al estar trabajando le correspondía la mutualista y él quería abandonar el tratamiento, por lo cual renuncia al trabajo y queda sin cobertura mutual.

Sus ingresos actuales son mediante la pensión por incapacidad y comienza a tocar la guitarra en el ómnibus.

A nivel cotidiano concurre a una iglesia a evangelizar; predicar la palabra. El resto del día solo se dedica a tomar mate y fumar.

## **5.2 Internaciones**

Surge de los diversos relatos y los registros de la historia clínica, que "L" tuvo 4 internaciones.

Su primera internación se produce en el hospital Vilardebó a los 22 años estando en el liceo (concurría a liceo con extra edad). Ingresa el 06/11/03 y egresa: 07/11/03. Consulta llevado por su familia en el marco de una crisis de heteroagresividad. La familia comenta que él había cambiado en el último año. A la observación clínica surge que posee un delirio místico y elementos autorreferenciales. Impresiona tener alucinaciones acústicas verbales.

De su historia surge el consumo de múltiples sustancias (se confirma con análisis de orina). Desde hacía un tiempo estaba apragmático, con alteración de las conductas basales como el insomnio. A nivel del pensamiento se observa una gran desorganización, con alteración del hilo conductor; presencia de neologismos y pararrespuestas. En ese momento se plantea el diagnóstico de esquizofrenia. La familia solicita el alta contra voluntad médica (al otro día de ingresar), dado que el “L” no acepta la internación y la familia lo retira.

Con posterioridad tiene una segunda internación, a la edad de 25 años. En esta oportunidad es internado en una mutualista de Montevideo (dado que estaba trabajando). En esta internación recibe terapia electroconvulsiva (ECT), debido a la presencia de un delirio místico. Menciona que esto le arruinó la vida. “Fue la peor parte de mi vida”. Comenta que quedó caminando como el Pepe Mujica; así todo encorvado. No se logra precisar el tiempo de la internación.

La tercera internación es a la edad de 28 años, por un lapso de 10 días en 2009. Ingresa al hospital Vilardebó debido a una denuncia policial por violencia doméstica. Su hermana “A” lo denuncia. La familia no lo dejaba ver a sus hijas y allí se inicia la discusión. Al momento del ingreso, presentaba un delirio místico, y conductas apragmáticas. En esos momentos concurría al templo de los testigos de Jehová, refiere: “dejé de ir porque no tenía ropa. Hay que ir bien vestido”.

De la entrevista con su madre en esta internación, surge que hacía 2 años que estaba sin tratamiento. Solicita que no le hagan ECT, porque si bien le hizo bien (al decir de su familia), “L” solicita que no la autoricen. Previo a esta internación su madre comenta que estaba agresivo verbalmente; insultaba a la familia. Sobre los antecedentes familiares psiquiátricos, surge que tuvo una tía paterna internada en Vilardebó. Al egreso de la internación continúa el tratamiento en la policlínica del hospital Vilardebó desde el 01/07/2009 al 12/04/2013, donde concurre con discontinuidad. Allí abandona el tratamiento y un año después se descompensa y es internado nuevamente.

Su cuarta internación es a los 33 años, y permaneció por un lapso de dos meses aproximadamente. El motivo de consulta se reitera: heteroagresividad.

Desde su presentación, surge en los registros de la historia clínica, que se encuentra con actitud hostil; con ideas de daño y perjuicio en relación a su cuñado (lo acusa de abusar de sus hijas). “Mi cuñado me odia porque yo elegí el camino de dios”. “L” lo amenaza de muerte.

Comenta que había abandonado el tratamiento porque tenía un soplo al corazón, surgen ideas hipocondríacas entorno a esto. Refiere estar mal del corazón y no querer tomar la medicación porque va a sufrir un paro cardíaco.

La alteración mayor se observa a nivel del pensamiento, pierde el hilo conductor. Refiere: “cristiano con misiones”, “ayer soñé con el caso Roosevelt”. Asocia los muertos de Guantanamo con él: “me están buscando para matarme”. Sobre la conducta incendiaria dice: “fue una orden de Jesús”. Sin conciencia de enfermedad, posee un síndrome autorreferencial y elementos interpretativos.

Sobre el rapport, (según los registros de la historia clínica) presenta grandes dificultades para relacionarse, muy indiferente, lo cual dificulta el dialogo con él. Posee una personalidad: muy reticente y desconfiado, con actitud desafiante y hostil. Niega consumo de drogas en la actualidad.

Su madre plantea que tenía alteraciones de las conductas basales: alteraciones en el sueño (insomnio de mantenimiento), alimentación. Inquietud psicomotriz: entraba y salía de la casa de manera constante. “Tenía una incoherencia total”. “Prendía velas y andaba con la Biblia abajo del brazo todo el tiempo”.

En su última internación comienza un tratamiento con Clozapina; durante el transcurso de la misma abandona el tratamiento, lo cual es detectado por el personal de enfermería por su comportamiento extraño. Cuando retoma el tratamiento: remite lo delirante casi en su totalidad. Se observa una mejora en sus pragmatismos, socializa un poco más. Mejoran sus conductas basales de alimentación y sueño. Se mostraba más cálido, con menor monto de desapego. A nivel del pensamiento se observa una mayor organización y una disminución de los contenidos delirantes.

Al alta de “L” se le propone continuar con Clozapina. La médica de Sala duda que el continúe con la medicación. Su médica plantea la importancia de trabajar en torno a la adherencia al tratamiento (algo que solicita a las acompañantes). Recomienda que la medicación sea dosificada por su madre; dado el incumplimiento del tratamiento. Sugiere que pueda conseguir un trabajo protegido, de pocas horas y realizar actividades para socializar.

## **6. Descripción del seguimiento.**

### **Intervención del dispositivo de seguimiento**

Se efectúa una breve síntesis de la descripción de las intervenciones del seguimiento y su alcance.

Con el equipo técnico de sala del hospital Vilardebó: se mantuvo un encuentro inicial con la Médica de Sala, donde se conversó sobre el motivo de la derivación al dispositivo y se trazaron algunas líneas en relación a la estrategia de intervención.

Con “L”: el proceso de seguimiento se efectuó por un lapso de 6 meses: de junio a noviembre. Se realizaron un total de 22 encuentros entre las estudiantes y el paciente, de frecuencia semanal. Los mismos se desarrollaron en su mayoría en la vivienda del paciente; el último de ellos se produjo en una plaza en el centro de Montevideo.

Con la familia: se mantuvieron dos encuentros con toda la familia, uno en los comienzos y otro sobre el final. La comunicación se produjo de manera fluida durante todo el proceso, dado que la cercanía de su familia. Se mantuvieron asimismo diversas instancias telefónicas donde su madre consultó en varias oportunidades con las acompañantes, sobre las acciones a tomar con el paciente.

Con la médica tratante de policlínica: la comunicación con la psiquiatra de policlínica, se produjo de forma telefónica, dado que la misma presentó algunas resistencias a dialogar con ellas. Las estudiantes refieren que incluso en un momento tuvieron que solicitar ser escuchadas para explicitar la situación de “L”. Es de señalar que luego de la charla mantenida, la psiquiatra se mostró agradecida por el aporte en relación a la toma de la mediación de “L”. Básicamente la temática giró en torno al tratamiento y sus dificultades de adherencia al mismo. Refirió su impresión acerca del funcionamiento familiar y falta de compromiso en relación al tratamiento de “L”. Transmitió su impresión positiva acerca de la intervención del seguimiento, tanto desde su experiencia, como desde la vivencia que “L” le transmitía acerca del mismo. Refiere que el tratamiento farmacológico, no se logró afianzar y que en el mes de noviembre fue su última consulta; por lo cual no estaba recibiendo la medicación de depósito.

## **7. Aplicación de las escalas.**

La aplicación de ambas escalas se realizó en concordancia con los momentos de corte planteados en el diseño metodológico: al inicio y al finalizar el proceso de seguimiento.

Se tomaron como insumos para la aplicación de las escalas, todas las fuentes de datos utilizadas para la investigación, como lo refiere el protocolo.

- ✓ Entrevistas al paciente
- ✓ Entrevistas a la familia
- ✓ Entrevistas al Técnico de sala
- ✓ Entrevistas a estudiantes del seguimiento.
- ✓ Entrevistas al Técnico de Policlínica.
- ✓ Registro escrito del Seguimiento
- ✓ Registro de la Historia Clínica.

### 7.1 Escala de evaluación de la actividad global: EEAG

La escala describe la puntuación de la actividad que desarrolla el paciente, en relación a su funcionamiento global. Una puntuación mayor, refiere a un mejor nivel de actividad en su vida global, en una escala de 1 a 100, dividida en módulos.

Primer momento del corte del Proceso: en la primera valoración, se obtuvo un puntaje de 23, que corresponde a la siguiente categoría:

Puntaje	Categoría
Entre 21 y 30	<b>La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas</b>  (p.ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) (p.ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos)
<b>23</b>	

Justificación del puntaje:

El paciente en este momento del proceso presenta:

- a) Apragmatismos a nivel social: escasos amigos casi nulos. Tiene un amigo que afecta negativamente en su vida (ver en el capítulo del análisis). Pasa todo el día en su casa tomando mate, solo.
- b) Alteración del sueño: no duerme por las noches y si lo hace en la mañana cuando todos se levantan.

- c) No salidas laborales, esporádicamente canta en los ómnibus
- d) Conductas de fuga (se va por ahí sin rumbo).
- e) Ideación delirante y persistente en relación a la figura del cuñado, que tiñe todos los vínculos circundantes.
- f) Situaciones de violencia como consecuencia (no exclusivamente) de la ideación paranoide.
- g) Alteración del juicio de realidad.
- h) Quejas somáticas (alucinaciones cenestésicas).
- i) Alteración de los vínculos con familia. No existe la comunicación entre ellos.
- j) Alteración de los vínculos con sus hijas (figuras significativas en su vida).
- k) No adherencia al tratamiento
- l) No conciencia de enfermedad.

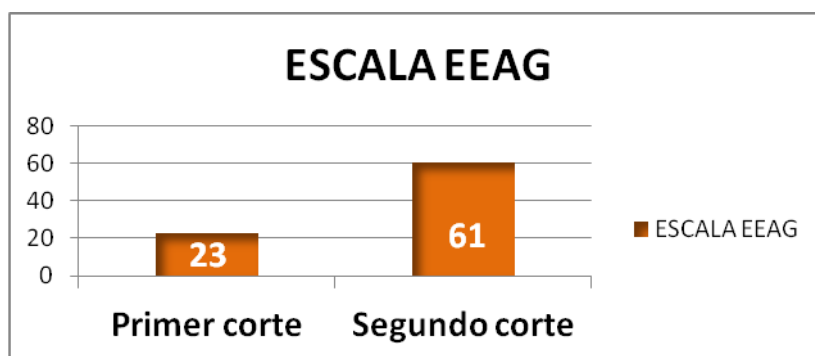
Segundo momento del corte del Proceso: en esta valoración, se obtiene un puntaje de 61.

Puntaje	Categoría
Entre 61 y 70 <b>61</b>	<b>Algunos síntomas leves</b> p.ej., humor depresivo e insomnio ligero) <b>o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar</b> (p.ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), <b>pero en general funciona bastante bien, tiene algunas realiones interpersonales significativas.</b>

Justificación del puntaje: en este momento del proceso se observan las siguientes características:

- a) Mejora en los vínculos sociales. Se reencuentra con un amigo de la infancia y deja de lado una amistad que resultaba nociva para él. Comienza a salir a algunos lugares con amigos.
- b) Aparece en el discurso: un hermano que mostro interés en acercarse.
- c) Mejoró el vínculo con los vecinos.
- d) Continúa tomando mate en su casa, pero matiza con salidas a la iglesia, a pasear y a trabajar tocando la pandereta.
- e) Alteración del sueño: disminuyó. Logró establecer un ritmo de vida similar a la familia. Duerme por las noches. Algún día que no toma la medicación se desorganiza y comienza a alterar el sueño.

- f) Inicio de un emprendimiento: vende inciensos en su casa y va a salir en los ómnibus por propia voluntad. Toca la pandereta en los ómnibus para generarse un ingreso.
- g) La Ideación delirante no remitió totalmente. Permanecen algunas ideas. Modificó la implicancia y la afectación de esas ideas en sí mismo.
- h) Las situaciones de violencia remitieron de forma considerable. La agresividad disminuyó.
- i) Quejas somáticas (alucinaciones cenestésicas), si bien continúan, se producen de manera muy remota.
- j) Mejoró el vínculo con su familia, en la medida que se pudo establecer un espacio de encuentro. Mejoró la comunicación con la familia.
- k) El vínculo con las hijas se modificó. Mejoró la comunicación, pudo plantear, desacuerdos, desavenencias. E incluso realizar propuestas desde el deseo. Pedir-le algo al otro. ( ir de pesca con el padre)
- l) Mejoró de manera muy endeble la continuidad del tratamiento, pero no la adherencia.
- m) Sobre la conciencia de enfermedad. Pudo reconocer algunas cosas acerca de la misma, sin lograr generar una conciencia clara acerca de poseer una enfermedad mental.
- n) Incremento de la capacidad de insight. Reflexionó sobre algunos ítems (desarrollados en el análisis) que le permiten comprender-se desde otra perspectiva.



En síntesis: entre ambos momentos de corte se produjo una varianza de 38 puntos, que equivalen a un 38%, en cuanto a la mejoría a nivel de su desempeño global. Los indicadores de ello están descriptos debajo de cada momento de corte.

Es importante resaltar lo siguiente: tal como se cita en el diseño metodológico, esta escala está en revisión, dado que es difícil precisar un puntaje, por el amplio espectro que considera cada uno de los ítems. Así como también las especificaciones de cada categoría no coinciden en un 100% con la evaluación que se efectúa de la situación. Se pretendió

acceder a un puntaje que refleje lo máximo posible la realidad de “L” en cada momento del proceso.

## 7.2 Escala de evaluación de síndromes positivos y negativos: PANSS

Esta escala evalúa la sintomatología: positiva y negativa, así como una sub escala complementaria que unifica a ambas; así como también la psicopatología general.

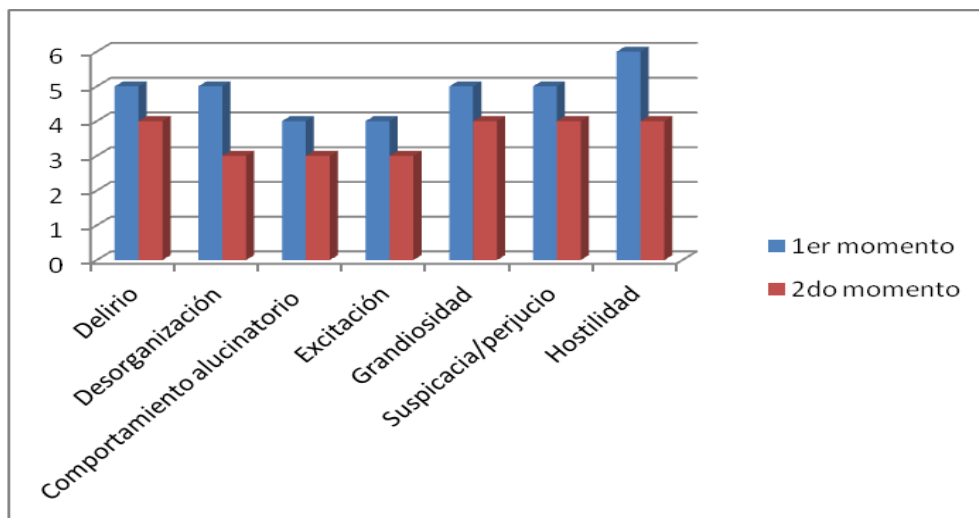
Los puntos de corte se replican a la escala anterior, obteniendo el siguiente parámetro de puntuación de 1 a 7, donde 1 refiere la ausencia de la sintomatología y el 7 demarca su presencia masiva, generando una alteración grave en el sujeto:

<b>SINDROME POSITIVO (PANSS-P)</b>	<b>1er Corte</b>	<b>2do Corte</b>	<b>Resultado</b>
1. Delirios	5	4	1
2. Desorganización	5	3	2
3. Comportamiento alucinatorio	4	3	1
4. Excitación	4	3	1
5. Grandiosidad.	5	4	1
6. Susplicacia/perjuicio	5	4	1
7. Hostilidad	6	4	2
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>9</b>
<b>SINDROME NEGATIVO (PANSS-N)</b>			
1. Embotamiento afectivo	5	3	2
2. Retraimiento afectivo	5	3	2
3. Contacto pobre	4	3	1
4. Retraimiento social	6	3	3
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	5	4	1
6. Ausencia de Espont. Y fluidez en la conversación	4	3	1
7. Pensamiento estereotipado	3	3	0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>10</b>
<b>PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)</b>			
1. Preocupaciones somáticas	6	5	1
2. Ansiedad	4	3	1
3. Sentimientos de culpa	3	3	0

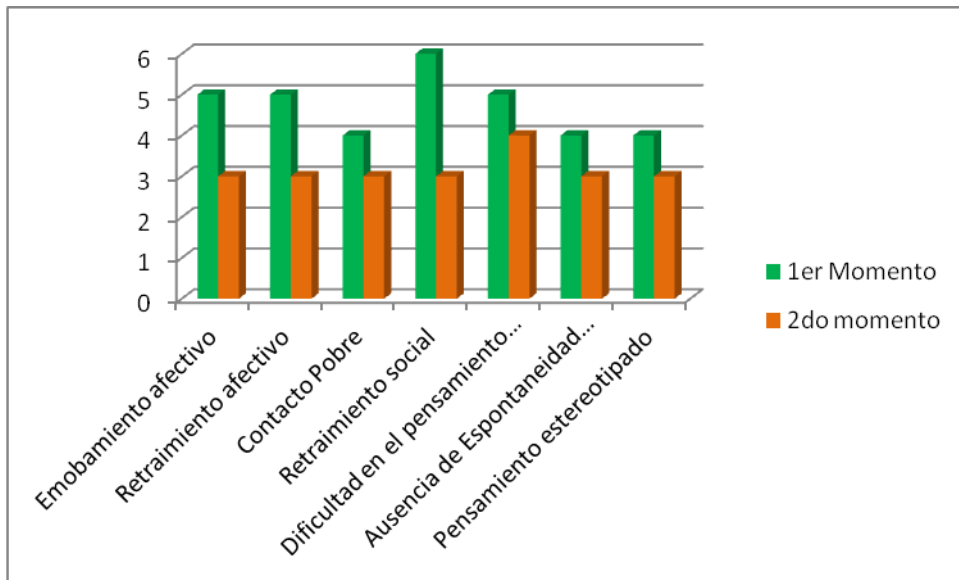


4. Tensión motora	4	3	1
5. Manierismos y posturas	4	4	0
6. Depresión	3	3	0
7. Retardo motor	4	3	1
8. Falta de colaboración	5	3	2
9. Inusuales contenidos del pensamiento	5	4	1
10. Desorientación	3	3	0
11. Atención deficiente	4	3	1
12. Ausencia de juicio e “introspección”	5	3	2
13. Trastornos de la volición	4	3	1
14. Control deficiente de impulsos	5	4	1
15. Preocupación	4	3	1
16. Evitación social activa	5	3	2
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>53</b>	<b>15</b>
<b>RESULTADOS FINALES</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>34</b>

**TABLA CON RESULTADOS DE LA ESCALA PANSS-P**

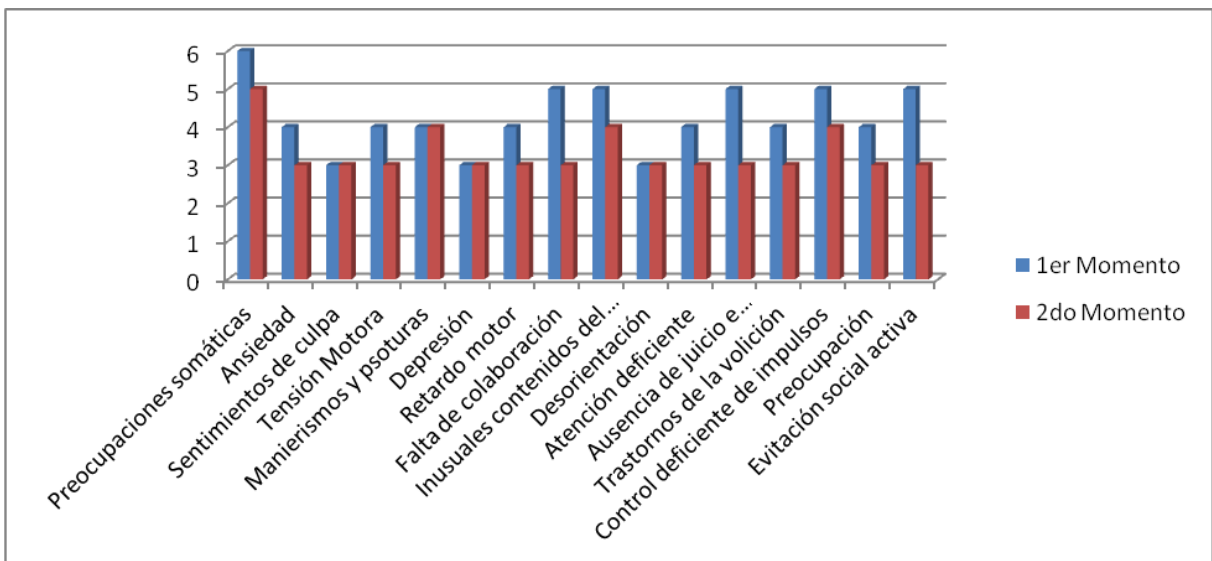


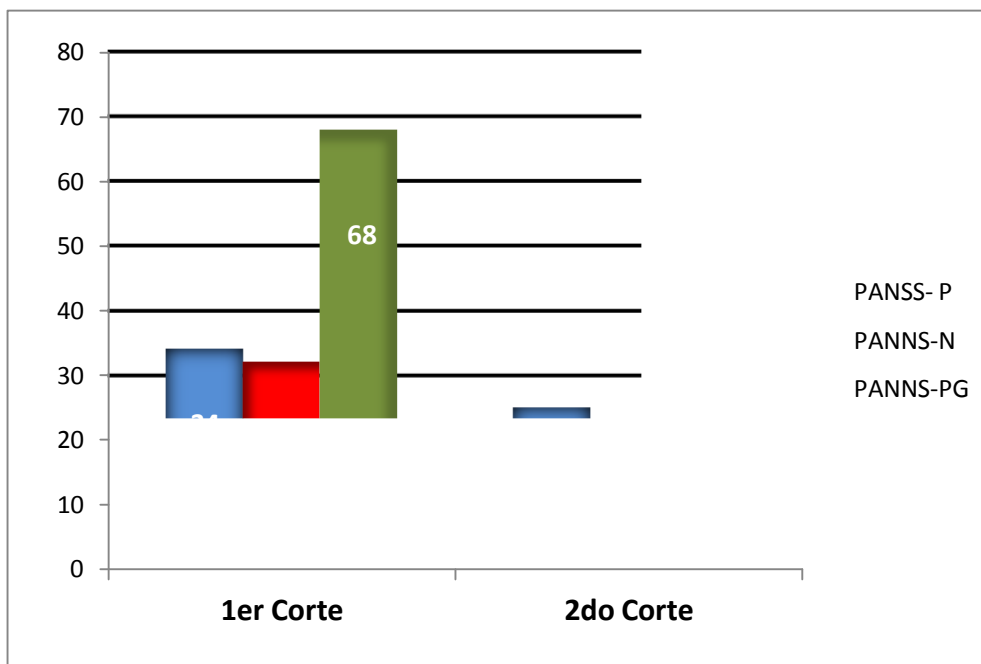
**TABLA CON RESULTADOS DE LA ESCALA PANSS-N**



### TABLA CON RESULTADOS DE LA ESCALA PANSS-PG

(Psicopatología General)





**ECUACIÓN: (T1-T1)**

ESCALAS	1er CORTE (T1)	2doCORTE (T2)	RESULTADO
PANSS-P	34	25	9
PANSS-N	32	22	10
PANSS-PG	68	53	15
PNASS G <sup>5</sup>	-2	-3	-5
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>34</b>

### 7.3 Síntesis de la evaluación

De los datos de la escala PANSS, se desprende lo siguiente:

<sup>5</sup> Se evalúa restando los síntomas negativos a los síntomas positivos.

Existe una disminución de los síntomas tanto positivos, como negativos, así como la psicopatología general.

- En relación a los **síntomas positivos**: remitieron en 9 puntos entre los dos momentos de corte.
- En cuanto a los **síntomas negativos**: remitieron en 10 puntos entre los dos momentos de corte.
- Sobre la **Psicopatología General**: remitieron 15 puntos entre los dos momentos de corte.
- Sobre la evaluación general de ambas escalas: la diferencia es de -5 puntos.

En relación al tipo de esquizofrenia, los autores plantean que en las escalas de evaluación, dependiendo la predominancia de los síntomas, se pueden realizar tres categorías:

Esquizofrenia Positiva: evalúa si dentro de los puntajes de la escala positiva, existen 3 o más ítems que sean mayores o igual a 4 y que en el ítem negativo, no existan más de 2 ítems mayores o iguales a 4.

Esquizofrenia negativa: evalúa si dentro de los puntajes de la escala negativa, existen 3 o más ítems que sean mayores o igual a 4 y que en el ítem positivo, no existan más de 2 ítems mayores o iguales a 4.

Esquizofrenia mixta: evalúa si dentro de los puntajes de la escala negativa y positiva, existen 3 o más ítems que sean mayores o igual a 4.

En función de los datos obtenidos, este caso correspondería a la categoría de **Esquizofrenia mixta**, por poseer, resultados de 4 o más, en más de 3 ítems. Esto significa que no existe dentro del cuadro clínico del paciente una predominancia de una sintomatología por sobre la otra. Convergen síntomas de ambas categorías (positiva y negativa).

## Capítulo IV

### 8. ANALISIS

*“Nada que ver si estoy loco,  
porque el amor,  
es más grande que la locura”. (L1)*

En este capítulo se desarrollan y analizan la multiplicidad de miradas en relación al objeto de estudio. Miradas únicas y diversas, que son partícipes del proceso y permiten una comprensión global del mismo. Los relatos ofician de miradas, las cuales aportan perspectivas diferentes de un mismo fenómeno. Las cosas no son percibidas por el ser humano, en tanto cosas en sí mismas; Kant refiere que los fenómenos están relacionados con la forma en que el ser humano percibe o experimenta la realidad, en oposición al mundo real.

Para el análisis se toman los datos obtenidos de: los documentos de la historia clínica, el registro escrito del proceso de seguimiento (de las acompañantes), el material de las entrevistas a los diversos actores y los resultados de la aplicación de las escalas: EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global) y la PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale); insumos cuantitativos que ofician de contenidos complementarios al análisis cualitativo.

Para la elaboración final del análisis se triangula la información obtenida de las fuentes de datos cuali-cuantitativas, con el marco referencial teórico en que se sustenta la presente investigación; se toma como límite el momento de saturación, a efectos de obtener resultados certeros.

La investigación permite conocer y comprender el fenómeno en abstracto, lo más despojado posible de subjetividad; el proceso de triangulación de datos, posibilita el acercamiento a dicho conocimiento. El estudio de carácter longitudinal, permite tomar como punto de partida la información recabada en el primer y segundo momento de corte (al inicio y al finalizar el seguimiento), contrastando ambos contenidos.

Para el desarrollo del análisis, se tomaron categorías emergentes (como se describe en la metodología), que ofician de guía y organizan la información recabada. Se priorizan aquellas que respaldadas en los fundamentos teóricos, permiten responder las interrogantes planteadas.

Las categorías y subcategorías emergentes son las siguientes:

- A) Capacidad de insight
  - a) Conciencia de enfermedad.
  - b) Conciencia de sí mismo.
- B) Desarrollo de la autonomía y la autogestión
- C) Vivencias de lo cotidiano
  - a) Funcionamiento y comportamiento general
- D) Adherencia al Tratamiento
- E) Desarrollo de la capacidad creativa: intereses y participación en actividades de ocio y tiempo libre.
- F) Desempeño de la actividad laboral.
- G) Establecimiento de Vínculos: Familiar y Social
- H) Capacidad de empatía en el establecimiento del vínculo terapéutico: técnicos tratantes y acompañantes.

Los distintos actores serán consignados de la siguiente manera:

- “L1” Entrevista a usuario de la investigación inicio del seguimiento
- “L2” Entrevista a usuario de la investigación finalizado el seguimiento
- “M1” Madre inicio del seguimiento
- “M2” Madre finalizado el seguimiento
- “Pd1” Padre inicio del seguimiento
- “Pd2” Padre finalizado el seguimiento
- “H” Hermana
- “A” Acompañantes
- “P1” Psiquiatra del Hospital Vilardebó
- “P2” Psiquiatra Tratante de Policlínica
- “HC” Registros de la historia clínica
- “RA” Registro que efectuaron las acompañantes durante el proceso

## A) Capacidad de insight.

*“Capaz que todos tenemos un poco de locura”*

*(L2)*

### a) Conciencia de enfermedad

En primer término se realiza un análisis sobre la capacidad de insight, la cual implica un proceso de introspección, con el fin de conocer y comprender los estados mentales del sujeto, en un eje temporal (continuidad pasado, presente y futuro). Asimismo implica una toma de conciencia entorno a la noción y conciencia de enfermedad. En la esquizofrenia este aspecto implica un componente nodal en el desarrollo de la enfermedad; y configura un eje transversal, sobre los demás componentes del análisis.

La capacidad de tener conciencia acerca de la enfermedad y el lugar en que el sujeto se ubica en relación a la misma, incide de manera directa en la perspectiva de vida, en el pronóstico de la enfermedad y su evolución.

Para este análisis, se utiliza el concepto de insight desde dos enfoques:

- La conciencia de enfermedad que posee “L” y su posicionamiento en relación a la misma. Este primer aspecto permite comprender el vínculo que el sujeto establece con su propia enfermedad y como es afectado por ella.
- En segundo lugar, la capacidad de introspección y la vivencia acerca de sí mismo.

### **Conciencia de enfermedad y su posicionamiento en relación a la misma.**

En el inicio del proceso se observa la dificultad en pensarse como portador de una enfermedad mental. De manera constante manifiesta sentimientos ambivalentes en relación a la misma: esboza la posibilidad de “estar loco” como él lo transmite y rápidamente la rechaza. Refiere que esta idea de la locura es inoculada por otros, donde son otros quienes lo ubican en ese lugar.

“L” plantea:

A mí me internaron... Todo el tema de la locura, empezó en mi vida, antes de que yo tuviera, antes de que me internaran a mí, de que me dijeran que este loco, ¿no? Me internó un médico uruguayo a mí, ¿por qué? Porque un día estaba en el liceo y yo me quise hacer una persona importante diría yo, y como nosotros no sabemos de qué descendencia venimos, quién es mi abuelo... Yo lo que dije fue una tontería, quizás me olvidé, perdí la cabeza y

dije que mi abuelo era Gardel por las edades y la forma de la raza que es de mi madre y cómo somos nosotros; muy blancos como Gardel, todo eso quiere decir a que la estupidez que dije yo era que no sabía quién era mi abuelo y dije que mi abuelo era Gardel y... Que mi abuelo era Gardel, entonces eso fue algo que me dijeron: - esta persona está loca, ¿cómo el abuelo de él va a ser Gardel? Entonces fue una estupidez, pero simplemente no fue algo que yo diga, soy una persona que tiene un problema muy, muy de violencia o... No. Mi problema es que... Ese fue mi error, decir que, que mi abuelo era Gardel y...(L1).

Para "L", la idea de "locura" en relación a su vida, parte de un error de interpretación acerca de sus dichos. Pretende establecer criterios desde la realidad que justifiquen su sintomatología. Frases como "perdí la cabeza", "soy una persona que tiene un problema muy muy de violencia o....no"; reconoce algunos aspectos de sí mismo, pero luego los niega. De su discurso emergen otros componentes como la necesidad de conocer sus orígenes, de saber quién es y de donde proviene; algunas interrogantes sobre quién es, sobre su identidad comienzan a esbozarse. Frente a este no saber, surge la necesidad de ser alguien importante (ser el nieto de Gardel). Las preguntas acerca de su sí mismo y su sentir comienzan a elaborarse desde el inicio del proceso. Ante esta imagen que el entorno le devuelve, emerge la angustia y algunos contenidos de índole depresivos.

Pinel (1801) refiere que la angustia emerge en un sujeto, ante la posibilidad de no existir, de perder la razón. Esto trae aparejado un componente de exclusión, de no ser y no pertenecer. Frente a la posibilidad de no ser alguien (sentimiento de minusvalía), se es "el nieto de Gardel", adjudicándose una imagen sobrevalorada. La vulnerabilidad yoica, promueve la construcción de componentes megalomaniacos, en la medida en que el mundo exterior se vivencia cada vez, más temeroso y amenazante.

Sobre las causas que conllevaron a su última internación, comenta:

Me levanté porque tenía la policía dentro de mi casa, mi madre llamó (...) "estuve metiéndome en líos". Intuye que los vecinos le contaron algo a su madre que él no hizo, y ella le cree más a ellos, por eso pasó todo: "Mi barrio es un asentamiento, mi barrio no está muy bien, los vecinos no están muy bien, me tienen envidia", "los vecinos le hicieron la cabeza a mi madre. (L1).

En su discurso se observa la posibilidad de contactarse con algo de sí ("estuve metiéndome en líos"), pero se deshace de ellos mediante la utilización de mecanismos de



proyección e identificación proyectiva. Aquellos contenidos que son rechazados y que resultan intolerables para el yo, los proyecta al mundo exterior. Son otros quienes no están bien (locos?); quienes le tienen envidia, le hacen cosas, quienes dicen que está loco.

Este sentimiento se ilustra asimismo en la referencia que él hace, cuando concurría a un grupo de música en el Centro Diurno en el hospital Vilardebó: “Yo me aburría, quería estudiar guitarra. Yo he tenido profesores de guitarra. Pero él estaba ayudando a la gente, a los enfermos”.(RA)

Desde su discurso se detenta el rechazo a ser “un enfermo”; él no forma parte de ese grupo de gente que requiere ser ayudado; impera dentro de sí una lógica que lo ubica en otro nivel de funcionamiento.

En la actualidad manifiesta su negativa a concurrir a algún centro de rehabilitación o efectuar actividades que le permitan insertarse en otros espacios, como le fuera propuesto desde el seguimiento. El rechazo a la propuesta es pensada desde dos perspectivas: por un lado la dificultad de reconocerse en sus debilidades y en un lugar de enfermo; y por otro como un intento mágico omnipotente de controlar la enfermedad, alejándola de sí (no concurriendo a dichos espacios).

El seguimiento logra adquirir en su vida, una categoría diferente, pese a sus resistencias iniciales, lo valora desde otro lugar. Se transformó para él en un lugar de encuentro, donde el vínculo de confianza permitió su apropiación. En este sentido el intercambio y la posibilidad de pensarse en relación a sí mismo y su enfermedad son algunos de los contenidos que comienzan a desplegarse y trabajarse desde el dispositivo; emergiendo angustias y temores primarios. Habla por primera vez sobre su enfermedad, algo tan temido y rechazado en la vez.

A mitad del proceso de seguimiento, se permite cuestionar sobre sí mismo, esbozándolo esta idea “¿Capaz que tengo esquizofrenia?”. Este enunciado lo plantea a modo de interrogante.

Su rechazo a considerarse enfermo, parte de algunos componentes que el entorno le devuelve, y que lo limita en sus vínculos, en particular con sus hijas:

No salen mucho conmigo, no me deja ni la madre de ellas, ni la mía. Ya van a salir conmigo cuando el tiempo pase, se van a dar cuenta cuál es la verdad. “Yo a ellas las quiero, las amo y no tiene nada que ver si estoy loco, porque el amor es más grande que la locura” (SIC). (RA)

Tengo la cara hinchada de la pastilla. Pero el psiquiatra “R” se da cuenta, cinco minutos y pa afuera, sabe que no tengo nada: ‘toma la pastilla y pórtate bien, para no quedar enjaulado. (RA). Refiere al médico anterior de la policlínica del hospital Vilardebó).

La crítica hacia el tratamiento farmacológico, es una constante durante el proceso. Los efectos nocivos de la medicación, ofician de argumentos que impiden la adherencia al tratamiento farmacológico; afianzando más su idea de no estar enfermo para no recibir el tratamiento indicado.

Quiero tener una vida normal, fe en que no tenga que tomar más las pastillas, que no tenga un diagnóstico. Siempre tengo fe. Hay personas que llegan a un punto que se suicidan; no las entiendo a esas personas...a mí no me daría hay que tener los huevos bien puestos. (L1)

Cuando los pacientes tienen conciencia de enfermedad, muchas veces se conectan con lo invalidante de la misma, lo cual desencadena la aparición de contenidos depresivos y el suicidio surge como una posibilidad.

En "L" se observa que en los momentos en los que toma contacto con su enfermedad, le invade una angustia y lo hace pensar en esta posibilidad. Constantemente busca explicaciones acerca de la misma; refiere que su sintomatología obedece al consumo de drogas, en particular la pasta base y otros solventes orgánicos que le afectaron su mente y surgen como causantes de la misma:

yo consumí pasta base, consumí también solventes orgánicos cuando era más chico, eh... Yo me drogué de muy chico, ¿entendés? (...) Eso me enseñó a madurar y a darme cuenta de que, de que lo único que nos impide a nosotros abrir la mente es el miedo a la muerte, ¿entendés? Porque yo estuve cerca de la muerte, acá, en mi casa, casi me viene un infarto y tengo problemas en el corazón. Pero yo todo eso lo asimilo que no es algo que sea que, que mi enfermedad no tiene cura. ("L").

Yo era adicto me costó mucho dejarla. De chico, a los 10 u 11 años aspiraba gasolina. Capaz por eso tengo una cabeza más muerta. (RA))

La idea de la enfermedad unida al tratamiento farmacológico, lo acerca a la muerte; a una muerte real (infarto al corazón), pero también a una muerte simbólica. Parte de su ser desaparece en la medida que en que él se conecta con su enfermedad. Razón que lo lleva a negar la misma; tanto a nivel discursivo, como en sus acciones.

La búsqueda de razones es muy vasta; el diablo y la iglesia emergen como parte de los componentes explicativos; podría plantearse desde el binomio causa/cura. La droga/diablo/enfermedad vs iglesia/sanación. Evoca la iglesia como un lugar de refugio y una defensa, contra el diablo y la enfermedad.

Dice:

Es que, que es algo espiritual diría yo, que es, a veces, algo... ¿Cómo decirte...? Que es algo... Que me jode la vida, que es algo del diablo, ¿no? ¿Se entiende? Que me tranca la vida y no me deja, no me deja ver con el ojo izquierdo, así... Eh... Se me cierra el pecho, siento como una plancha en el pecho, como un ardor en el corazón... ("L1").

A través de sus palabras "L" expresa todo su dolor. La vivencia que algo lo ahoga por dentro, que le "jode la vida". El negar la enfermedad es una manera de no contactarse con esta angustia. El pensamiento entonces aparece claramente dissociado y ambivalente; por un lado lo niega: no estoy enfermo, no me angustió y por otro se piensa enfermo y se deprime.

Interesa comprender a los efectos de este estudio, que en los inicios de la enfermedad y hasta la actualidad, hay una ligazón entre la droga y la enfermedad. Ambas permanecen unidas, asociadas, con severas repercusiones somáticas. La droga le afecta el corazón y la medicación le produce el mismo efecto (según refiere); por lo cual intenta tomar distancia de ambos. Se aleja de la droga y no toma la medicación (droga). La droga le dejó la cabeza "muerta". Por momentos queda unido a esta identificación con una parte de sí mismo muerta, la enfermedad unido a lo mortífero. Aquello que proviene de afuera (droga) lo mata; así como también su mundo interno es vivido como dañino y destructivo.

Un segundo elemento como se señalaba anteriormente, vincula la conciencia de enfermedad con la ideación mística; la biblia simboliza (de manera mágica-omnipotente) un amuleto que lo defiende del diablo/enfermedad. Se produce una escisión entre el mundo externo y el mundo interno; proyecta lo malo y el demonio al exterior para salvaguardarlo de los contenidos buenos que permanecen en su interior, al decir de Klein (1946); aferrándose de esta manera a la religión.

Los planteos freudianos (1913) como se describe en el marco teórico, mencionan la producción delirante como nexo reconstitutivo del lazo con la realidad. Allí donde se produjo la falla, el yo intenta restablecer un vínculo con el afuera. El vacío que es dejado al momento del corte con el exterior, se pretende colmarlo con nuevos contenidos, con nuevas significaciones que lo salvaguardan del vacío existencial y de la muerte.

Klein (1946) va a plantear, que la constitución mental se comienza a establecer, sustentándose en los mecanismos de introyección y de proyección, de manera simultánea y continua. El mundo interno se va plagando de objetos primarios, así como los vínculos que

establecen a partir de allí. En la esquizofrenia, se reeditan estas modalidades vinculares, estableciéndose relaciones con objetos plagados de contenidos proyectados en los mismos. Mediante la utilización del mecanismo de identificación proyectiva el objeto pierde las cualidades de tal, y se transforma en aquello que se proyectó en él; constituyendo lo denominado por Bion (1986) como objeto bizarro. Mecanismos tales como la idealización y negación mágica omnipotente, configuran los pilares de la posición esquizoparanoide. Estos promueven la desintegración o disociación del objeto a modo de defensa. La iglesia para “L” se ha constituido en un lugar idealizado, donde se resguarda de sus propios contenidos malos o destructivos. Este funcionamiento se despliega en otros aspectos o factores, que ofician de amenaza a su integridad; la música que escucha, configura otro ejemplo de ello. El grupo musical Nirvana<sup>6</sup> (elegido hace tiempo entre sus preferidos), le genera en la actualidad, un gran malestar, le evoca la droga y coligando a la figura del diablo/enfermedad. El intento de controlar la música que escucha, tiene como finalidad mantener alejado al binomio droga-diablo. Se produce un par idealizado-persecutorio. Klein (1946) va a plantear que esta disociación refiere a un intento del yo de reorganizar el caos interior. Esta separación tan clara entre bueno y malo, Dios y el Diablo, le permite separar y preservar sus aspectos sanos. La concurrencia constante en la Iglesia, invita a pensar, sobre la necesidad de conjurar los contenidos que existen en su interior, y controlarlos, para defenderse de sus agresores internos y externos de los cuales no logra deshacerse. Estos le vienen devueltos desde el exterior, a modo retaliativo, en la constitución de un delirio persecutorio (asociado a la figura de su cuñado).

Cuando el mundo externo comienza a resultar menos hostil y persecutorio, puede reorganizar su vida y vincularse con las personas de manera diferente; estableciendo otra modalidad vincular.

Ilustrando lo antedicho, la familia refiere que “L” en los momentos previos a su internación, concurría muchas veces a la Iglesia. Pasaba gran parte de su tiempo allí.

Yo estaba pensando bien, que no está bueno escuchar a Nirvana, porque el loco se drogaba. Lo que pasa que con la música y la droga haces trampa, le es más fácil hacer música drogado. La droga debe ser el Diablo. Consumir droga es un error, yo prefiero el camino de Jesús (RA).

En el primer encuentro su madre explica que frente al primer episodio de crisis de “L”, concurren a Manantiales<sup>7</sup>, ya que desde su discurso, el origen de los síntomas y por ende

---

<sup>6</sup> Grupo musical británico *Nirvana* es una banda de rock progresivo creada en 1967.

<sup>7</sup> Fundación Manantiales. Es una función internacional creada en Marzo de 1993 es una entidad internacional de bien público dedicada a la investigación, prevención y asistencia integral de las adicciones

de la descompensación es la droga; quién afectaba su vida en general. Desde este planteo, su madre deposita toda la responsabilidad en la misma, encontrando una causa externa a esta situación, procurando una sensación de distensión.

Yo pensé que era un problema de drogas y lo llevé a Manantiales. Y ahí el psicólogo que me atendió me dijo que no era un problema de drogas. Que era un problema para psiquiatra. Yo lo lleve por primera vez a Vilardebó. No sabía por qué lado iba a agarrar. Ahí lo dejaron. Estuvo 21 días internado y le dieron el alta y le dieron medicación. (M1)

La idea entorno a la droga como causante de enfermedad o como la enfermedad misma, es inoculada por su madre. Idea con la que “L” se identifica y queda enquistada dentro de sí, encapsulada. En este sentido, el encapsulamiento remite a aquello que se encuentra enquistado en su ser y no habilita la incorporación de pensamientos nuevos. La madre desde su discurso necesita comprender que le sucede a su hijo, y el encontrar una respuesta en un agente externo, alivia la angustia. En la última internación de “L” al ingreso, la madre le solicita a la psiquiatra que le haga un análisis de orina para verificar si había consumido (el cual no puede concretarse). Esta idea de la droga circula en lo familiar, oficiando de resistencias en asumir la enfermedad de “L” y no sentirse culpable por la misma. A su vez se abre una brecha que permite pensar sobre el temor a la locura, a su propia locura y al desconocimiento sobre la misma; a lo que no se conoce, no se sabe. El mecanismo de negación opera de manera funcional al contexto familiar; implica una forma de deshacerse de la responsabilidad, de sentir que hay algo de lo familiar que se expresa mediante la locura de “L”. Se lo ubica por tanto en el lugar del depositario, y el rol de chivo expiatorio del grupo. Estos temores, se describen más adelante en el análisis, donde se logra reconocer algunos de estos contenidos en el sistema familiar.

La mirada materna ocupa un lugar preponderante en la vida de “L”, por lo cual la aceptación de la enfermedad lo confrontaría con los supuestos familiares (la droga es la causante de sus síntomas). La negación a nivel familiar conlleva múltiples consecuencias en relación al tratamiento, como se desarrolla en la categoría de la adherencia al tratamiento.

Los técnicos tratantes acuerdan sobre la falta de conciencia de enfermedad de “L”:

La psiquiatra tratante del hospital Vilardebó refiere: “Cero, cero, cero... Cero conciencia de enfermedad, no quería recibir tratamiento, este... Todo un tema para aumentar las dosis de la... clozapina” (P1).

Esta situación que detecta la psiquiatra, es una de las razones que motiva la derivación al seguimiento. La no conciencia de enfermedad, atenta contra la continuidad del tratamiento farmacológico. La intervención del seguimiento implicaría una posibilidad de fomentar la adherencia al mismo, por lo cual la psiquiatra refiere: “Lo más importante a trabajar con él, es la adhesión al tratamiento. Además tiene cero conciencia de morbilidad. Cero, Cero” (P1).

La asistencia ambulatoria del tratamiento farmacológico, se efectúa en la policlínica de referencia de su zona. La psiquiatra tratante de la policlínica concuerda con dicha impresión. Refiere: “es un paciente de mal pronóstico por sus características. Que tiene cero conciencia de enfermedad” (P2).

Frente a las actitudes de “L”, su Madre se cuestiona por momentos su capacidad de tomar contacto con la enfermedad:

Hace como 3 o 4 días que no tomaba la medicación. Y ayer como supo que usted (investigador) venía, se tomó la medicación. Anoche vino a pedírmela. Y hoy de mañana lo primero que vino fue a pedirme la medicación. A veces pienso que no es tanta la enfermedad. Porque hace cosas que.... (M1)

Surge la interrogante sobre el lugar que “L” le otorga al tratamiento farmacológico. Por un lado podría significar el sentirse controlado, lo punitivo (de ahí también el tomarla cuando concurre el investigador) cuya amenaza latente es la internación. Este contenido se observa desde un lugar imaginario, pero también real (la familia lo amenaza expresamente con internarlo). Por otra parte, se abre un camino a pensar, qué lugar ocupa el otro en la vida de “L”; un otro diferente a su familia. El puede pedir (la medicación), puede cuidarse, cuando viene alguien de afuera. Un otro que oficia de “control” pero a su vez que lo observa y lo escucha. Ese alguien que ocupa un lugar distinto, que no forma parte de su cotidianeidad. Surge la interrogante: no tomar la medicación es un acto dirigido hacia su familia, ¿a modo de castigo?. Ante la presencia de un otro diferente, el se siente controlado y/o cuidado/mirado, y a raíz de ello se cuida. Esta idea última, se reforzará posteriormente, en una escena que se produce con las acompañantes (seguimiento). Ellas ocupan también ese lugar del “extraño”, pero a su vez representan el lugar del cuidado, la contención y el límite. Durante el transcurso del proceso, cuando concurrían a su domicilio, él aceptaba tomar la medicación. Frente a esta presencia “L” se siente mirado y cuidado por otros, ¿más que por su propia familia? Se resalta aquí la importancia y el lugar de la mirada; una mirada que inviste narcisísticamente. Como se referenció en el marco teórico, el ser “visto” no es lo mismo que ser “mirado”. Es posible pensar que “L” se siente siendo “visto” por su familia,

pero no “mirado” (se ejemplificará en una categoría posterior). Es en ese ver que se pretende ocultar aquello que necesita ser expresado. A través del mirar, se pretende develar lo oculto; conocer y reconocer más allá de la superficie. La mirada implica un acto subjetivante: poder reconocer al otro desde un lugar diferente y desde su propia individualidad. De los relatos, surge la dificultad a nivel familiar de vislumbrar al otro como un ser capaz de pensar y sentir por sí mismo.

Sintetizando, surgen dos líneas de pensamiento: por un lado existe un indicio, donde él puede, en la medida que lo desea, tener un acto de amor hacia sí, cuidarse. Por otro parte, el investigador se transforma en un objeto persecutorio para sí, del cual debe defenderse. En este sentido, el solicita la medicación por el temor a ser internado/dañado.

En su discurso, el cuidado aparece unido al amor. En la medida que se siente amado, se siente siendo, se siente “lleno”; en contraposición a la ausencia de amor, donde emerge un sentimiento de vacío. El amor queda ligado a la idea de salud y el bienestar.

Cuando estaba con ella (refiriéndose a una novia anterior), yo era otra persona, no tenía problemas psiquiátricos ni nada, me llevaba bien con todo el mundo, estaba lleno de amor. Ella quedó embarazada de otro tipo y la perdí. Pero siempre va a estar en mi corazón. El amor cubre una multitud de pecados dice la biblia. Jesús se dejó morir por los pecados. Yo no quiero morir, yo estúpido. Yo me imaginé que él me iba a matar, tuve una etapa de mi vida de depresión y después me di cuenta que no...Yo soy depresivo. A mí me dicen que soy esquizofrénico y puede ser sí, pero yo soy depresivo... no sé, ¿qué es la esquizofrenia?. (RA)

Estos contenidos surgen a mitad del proceso de seguimiento, donde “L” comienza a esbozar la idea de tomar contacto con la enfermedad. Por primera vez, logra preguntarse y preguntarle a otro: ¿qué es la esquizofrenia? Las acompañantes le explican que implica la esquizofrenia. Al principio el escucha con atención pero luego reacciona cambiando de tema:

Voy a tener que cambiar el acolchado...eh sí, para mí lo que te hace ver cosas es la droga, le doy una explicación espiritual, yo no creo en la ciencia. Yo he alucinado con la droga”. (RA)

A mí lo que me arruinó la vida fue el ECT que me hicieron en “X”. Eso me arruinó la vida. No me van a decir a mí que estoy loco. Yo soy una persona

como cualquier otra. Porque no soy uno de esos que está en una moto vestido de negro dándole de caño como lo hace cualquier otro. Estoy en mi casa predicando el evangelio y eso no quiere decir que estoy loco. (...) Porque todos tenemos defectos y virtudes. Capaz que yo soy un poco violento. No es ser violento, es lo que yo digo ser guapo. Hacerse valer y hacerse respetar. Y a mí que me gusta comer un asado y tomar un vino. Disfrutar la vida, disfrutando de esa forma. Y ahora me dicen que tenes que consumir estas drogas por algo que yo no tengo. (L1)

La enfermedad le arruinó la vida. La enfermedad es por ¿Falta de amor? ¿Por no haberse sentido querido, (por su ex pareja) o el amor lo salvaguarda de la enfermedad? Preguntas interesantes, que también se actualizan en el vínculo del seguimiento. En la medida en que se siente comprendido y cuidado, se puede cuidar y estar más alejado de lo enfermo.

Aquí muestra su dolor, su angustia. La locura lo despoja de humanidad, le dieron ECT, vivido a modo de castigo; un castigo por algo que él siente que no cometió.

Al finalizar el seguimiento, "L" logra incorporar algunas ideas en torno a que implica la esquizofrenia y los mecanismos subyacentes a la enfermedad. Se permite cuestionar acerca de su verdad en relación a las cosas y sus creencias sobre determinados contenidos.

Que te están persiguiendo o como lo que me pasó a mí que les contaba del tipo que fue preso...eso fueron cosas de mi mente como que ahora dudo si era verdad. (...) El tipo de enfrente me está mirando no sé por qué será, pero me siento cohibido. Capaz es por la pandereta. (RA).

Éste párrafo ilustra el inicio de la capacidad de incorporar otras líneas de pensamiento. Puede interpelarse sobre sus ideas, se cuestiona; abra la puerta a la posibilidad de dudar si eso es real o producto de su mente. Se inicia la posibilidad de cuestionar los contenidos paranoides y poder comprender que él proyecta en el otro, aspectos de sí mismo; aspecto trabajado intensamente a lo largo del seguimiento.

Durante el encuentro y transcurrido un lapso de tiempo, comenta: "Ahora que pienso el tipo en realidad no me está mirando a mí sino a las niñas que vinieron con él". (RA). El sujeto al decir de Bion, (1986) proyecta partes no deseadas de sí mismo y de su personalidad; y las vivencia como pertenecientes al mundo exterior. El reconocimiento de este mecanismo, permite el cuestionar aquellos contenidos paranoides, y emerge la posibilidad de reconocerlos como propios y no ajenos.



Paralelamente al proceso de reconocimiento, la necesidad y ansiedad por intentar neutralizar esos contenidos (ligados “al diablo”), disminuyen. Concomitantemente las conductas que acompañan estas ideas, minimizan su intensidad, pudiendo otorgarle un lugar diferente en su cotidianeidad. Al inicio, la concurrencia a la iglesia y la lectura de la biblia, así como el recitado de la misma, era una constante que abarcaba gran parte de su vida. Al finalizar el seguimiento, la familia transmite que el vínculo con la iglesia ha cambiado y que en la actualidad concurre una sola vez a la semana.

La madre refiere al respecto:

M: Ehhh, él va sí, de vez en cuando, pero ya no, no ya con la frecuencia que iba. No ya con... Pero a veces va a la misa, sí. De los Domingos, a veces va ahí, pero ya no va con, y ya no anda con la Biblia, ¿viste que pasaba todo el tiempo con la Biblia bajo el brazo (Sí...) Eso yo he notado también que no. Tiene su Biblia, en su cuarto, al lado de él, abierta ahí, pero ya no pasa con la Biblia bajo el brazo, que salía a la seis con el libro bajo el brazo. Que eso es una señal, buena como dice él (pequeñas risas) Digo, yo no soy católica ni nada, creo en Dios, como dice.

M: Digo, antes de la internación también digo él, no te digo que, le robaron la mochila con una Biblia y él salió desesperado a buscar otra, y todas esas cosas, pero... Yo eso estoy hablando, después que vino. Él, la venida de las chiquilinas acá, le hizo un bien tanto que yo las, las iba a llamar, bueno cuando ustedes se reciban, me, ....., me, me pasan el... Porque... De hacerlas venir, de hacerlas venir, aunque sea una vez al mes, vos no sabes cómo le cambió, lo esperaba, esperaba a que vinieran las chiquilinas, para conversarlas.” (M2).

Sobre este aspecto, las acompañantes plantean:

E- ...El último encuentro que fuimos a la plaza Zabala,...entonces se empezó a perseguir. Decía: “este hombre que me está mirando, puede ser que me este mirando porque soy músico” y no sé qué. “L” pero a vos ¿te parece?, le empezamos hablar un poco para que se pueda cuestionar si en realidad lo está mirando o puede ser que no. El hombre está ahí y que no lo está mirando por ningún tema en particular. Entonces él se quedo callado y al rato dice: “vos sabes C. que tenés razón no. Ya me di cuenta que el no me está mirando el está cuidando a sus hijas que están ahí”. En otro momento no se hubiese puesto a cuestionar ese tipo de cosas. Si se permitió cuestionar al

final del proceso muchas cosas. Al punto de decir, bueno si capaz que en algunas cosas yo me persigo, decía. O algunas cosas yo me las imagine decía .Y no son tan así. Que antes ni hablaba”. (A)

Algo significativo que surge de este estudio, se relaciona con el no saber o no querer saber acerca de su enfermedad. La ambivalencia de sus repuestas, dejan la duda sobre la capacidad de reconocer su propia sintomatología. Es necesario preguntarse si antes no sabía, o no pudo tener un espacio donde preguntarse sobre ello. Se puede constatar entonces que el proceso de seguimiento le permitió cuestionarse sobre la enfermedad; preguntarse acerca de ella, comenzar a comprender algo de lo que le sucede.

Sus palabras son claramente elocuentes:

“Bueno yo ahora voy a extrañar esto porque fue como un espacio para mí que me permitió hablar de lo que me pasaba, hablar por primera vez de mi enfermedad, que me expliquen”. (...)El contaba, obviamente que no en principio del proceso pero si al final, que a él nunca le habían explicado porque lo habían internado, que era la esquizofrenia, le habían dicho nomás que el deliraba, que tenía alucinaciones pero que nunca le habían dicho nada mas, que le daba miedo el preguntar esas cosas y se animó hablar de todo eso. (...)

Entrevistadora- ¿el antes nunca había preguntado qué era lo que tenía?

A: El decía: “dicen que tengo esquizofrenia pero yo no tengo nada. Siempre negando pero después hubo un momento que él dijo: bueno puede ser que yo tenga esquizofrenia pero en realidad yo no sé que es”. (A).

Él decía que nunca se cuestionaba en realidad si era un delirio, si realmente lo estaban persiguiendo, si le querían hacer mal sino que se daba y listo. Como que en estos últimos encuentros si, se ponía a pensar si verdaderamente era tan así, si era la realidad o eran cosas que él se imaginaba. (...) Cuando él empezó hablar de la enfermedad creo que ahí hubo un cambio bastante significativo. Porque en realidad el nos vino con un montón de preguntas como “que era la esquizofrenia”? Y nosotros tratamos de no hablarle de esquizofrenia ni de ninguna clasificación psiquiátrica, sino de hablarle de que era un ser que sufría. Y se mostró muy receptivo en realidad en eso. En que lo escuchemos y no lo encasillemos en un determinado diagnostico. Yo creo que a partir de ese encuentro él se permitió como más genuinamente, poder cuestionarse todas estas cosas. Porque el siempre

decía “a mi me tenían como ser esquizofrénico y ta. Soy eso y nadie me explicaba nada” y poder a veces devolverle que habían cosas que quizás le pasaban, conflictos cotidianos que no eran de loco, no. Sino un poco como desmitificar la locura”. (A).

El evocar sus pensamientos y su sentir, estaba ligado a la locura y a ser tratado como tal.

..Que se puedan integrar otras... como permitirle a el que este toda una entrevista escuchando música y hablarnos de la música, y decir que el antes escuchaba nirvana, pero porque se drogaba y ahora no porque lo asocia a las drogas. Permitirle como manifestar sus lados mas locos, yo creo que eso fue como una entrada bastante significativa que él nos pueda hablar de su locura”. (A)

Aprendí cosas de la medicina que me estaban dando y cosas así. De los psicofármacos. Lo mismo que hablé con la Dra. “S” (P2).

Me habló de la enfermedad, de la esquizofrenia. Esa enfermedad te hace ver cosas que no son. La esquizofrenia. Me hizo bien porque son cosas que yo no sabía. La enfermedad que me diagnosticaron a mí, yo no la conocía. Me sirvió lo que me dijo. Esa enfermedad te hace ver y creer cosas que no son, te hace ponerte violento. Nunca me habían explicado. Es así. Así y así y hay cosas que son verdad. Capaz que todos tenemos un poco de locura. (L2)

Por primera vez, se ilustra en estos fragmentos a un “L” pudiendo hablar desde su enfermedad; puede preguntarle a un otro (doctora) por la misma. Comienza a querer entender que es esa enfermedad y que efectos produce en las personas que la portan. En la medida que puede entender algo de la misma, le permite conocer y comprenderse más a sí mismo; escuchado y contenido. El empoderar al sujeto en su propio proceso de rehabilitación (tal como lo promueve el nuevo Modelo de Recuperación), es uno de los bastiones del seguimiento. Las instancias de diálogo, de trabajo que se gestan en los encuentros, posibilita la reproducción de los mismos en otros ámbitos.

Estos espacios promueven una mirada subjetivante, lugar en el que dejar de sentirse un objeto cosificado, para sentirse un sujeto que padece un sufrimiento. En tanto se habilita la posibilidad de conocer y obtener información acerca de la enfermedad, puede comenzar a construir un pensamiento propio. Ideas que no son inoculadas por otros y que por identificación las adopta para sí, sin entender cabalmente el significado y funcionamiento. Él decía: sos esquizofrénico y: “ta soy eso”.

“L” necesitaba encontrar una respuesta acerca de sí. Saber quién es por él mismo, despojado de toda invasión externa. Los contenidos externos son introyectados con tanta violencia que permanecen en su interior enquistados, sin posibilidad de asimilarlos e integrarlos. Carlos Mendilaharsu (1987) refería a estos contenidos como pertenecientes a un núcleo amalgamático, donde determinados contenidos son introyectados en el interior del sujeto, sin posibilidad de asimilación e incorporación al yo y a los objetos; se vivencian como un núcleo aparte. Se vincula con ellos desde la violencia, así como lo hace con los mismos objetos del mundo exterior, originarios de dichos contenidos. Es decir se enojaba permanentemente con la idea de tener una esquizofrenia. Claramente su relato, denota su lucha interna entre ser eso y no serlo, o no ser nada...

En la medida que encuentra en el espacio de seguimiento, un lugar y una mirada diferente, establece otra modalidad vincular. Se conecta con los objetos de su entorno, que comienzan a ser vivenciados desde sus aspectos más sanos, lo cual le permite introyectarlos e identificarse con ellos. El predominio de lo sano por sobre lo patológico, hace que el “L” reproduzca esta modalidad en otros vínculos; dando lugar a algo nuevo. La agresividad comienza a disminuir en la medida que no vivencia al mundo como tan hostil.

#### **b) Conciencia de sí mismo.**

A partir de la segunda mitad del año, “L” comienza a visualizar e identificar algunos sentimientos, cuya aparición se encuentra ligada al espacio de seguimiento, según narra. Este dispositivo configuró un espacio propio, un lugar y un momento de encuentro con otros donde se refiere sentirse acompañado. Esto nuevo que se inaugura, lo contacta con su soledad; comienza percibir que “está solo”. Este sentimiento lo acerca a la idea de salir en la búsqueda de otro (pareja o amigos); o iniciar actividades que lo ligen a otras personas para sentirse acompañado. Podría decirse entonces que la función del acompañante como referente, ha permitido establecer una experiencia vinculante, que corta con una modalidad de relacionamiento estereotipada. Emerge entonces y por primera vez como hecho novedoso, el deseo y la necesidad de estar con otros, a partir de este nuevo vínculo. Su clara tendencia al aislamiento, lo imposibilitaba en el relacionamiento con el afuera; o configuraba una modalidad defensiva de ser y estar en el mundo. Su cuarto oficiaba de lugar de protección, apartando así a las figuras persecutorias (consecuencia de sus proyecciones masivas (por ej. el cuñado)).

Esta modalidad vincular (seguimiento) configura entonces una experiencia subjetiva diferente. Promueve un trabajo donde le permite al sujeto habitar otros espacios o implementar actividades que le resulten placenteras por sí mismas. De manera paulatina, estos componentes van sembrando un sentimiento de autoconfianza y seguridad;

minimizando los componentes persecutorios, habilitando un movimiento de búsqueda de objetos en el exterior. El introyectar un objeto bueno (al decir de Klein (1946)) le otorga la posibilidad de comenzar un proceso de confiar en otros y no sentir únicamente que el mundo exterior puede dañarlo o destruirlo.

“L” transmite su sentir de la siguiente manera:

Si si, sentirme bien sí, me siento. Quizás esté un poco solo porque no tengo pareja. Eso puede ser viste, que no tengo pareja. Entonces puede ser que mi vida sea un poco sola viste. Para estar con alguien tengo que salir, acá no viene mucha gente.

..Y ta... estoy mejor. Con el tiempo estoy mejorando. Pero eso de ir mejorando son cosas que Jesús te va dando. El día de mañana Jesús quiere que yo tenga una pareja y vos me encontrás así y me encontrás completamente cambiado. Porque me dijeron que una mujer te cambia la vida. Entonces ya es otra cosa. Me levanto y ya estoy conversando con alguien. Yo lo que me estaba dando cuenta ahora es que yo estoy solo. Yo estoy solo y a veces... la otra vez tuve un sueño que me decía: “vos estás solo”. Entonces eso es lo que te pasa, que estoy solo. Entonces si tuviera una pareja ya me levanto y preparo el mate y ya estoy hablando con alguien Y ya encontramos algo donde hablar y hablar y hablar, mientras tanto que no tenga una pareja, que hago me distraigo con la música. Hago música y alabanzas para hablar con alguien. Para cantar con alguien, porque si no te quedas callado y te quedas solo, deprimido pero con la música por lo menos te expresas un poco. O con la bicicleta, con la bicicleta salís y vas a recorrer lugares. No te quedas tan solo, podes conocer gente. Vas a la escollera a pescar, cosas así viste” (L2).

Si bien comienza a desarrollar actividades que son en solitario, abre las puertas al encuentro con el afuera; a punto de partida de un sentimiento de soledad que comienza a esbozarse. El espacio de seguimiento propició la posibilidad de pensar y reconocer este sentir; así como también la importancia de habilitarlo en la búsqueda de alternativas para paliar el mismo.

### **Integración de los resultados de las escalas.**

Articulando esta categoría (capacidad de insight y la conciencia de enfermedad) con el rendimiento en la aplicación de las escalas, se puede observar una correlación en los datos obtenidos en la escala PANSS. En los resultados se observa una dispersión mayor

(entre los dos momentos de corte), en los ítems que evalúan la ausencia de capacidad de introspección, obteniendo una variación de 2 puntos en menos (de 5 a 3), pasando de un nivel moderado severo a un nivel ligero. Asimismo, los cambios observados se correlacionan con los resultados de la escala PANSS-N. Se produce una mejoría en 3 ítems: retraimiento afectivo (en 2 puntos), en el ítem de ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación (1 punto) y en el ítem de contacto pobre (1 punto).

Como resultado de las escalas, se obtuvo que si bien uno de los cambios tuvo repercusiones en la psicopatología general (con una remisión de la sintomatología positiva), la mayoría de ellos incidieron a nivel de la sintomatología negativa. En “L” se observaron modificaciones a nivel del retraimiento social, de la capacidad comunicativa, una actitud autoreflexiva y de introspección, así como el incremento de la comunicación.

### **B) Desarrollo de la autonomía y la autogestión.**

El desarrollo de la autonomía, como se cita en el marco teórico, no implica un proceso lineal; a lo largo de la vida pueden acontecer situaciones que afecten a las personas y que promuevan una regresión a fases anteriores de desarrollo. Refiere a un proceso de desarrollo intrínseco del sujeto, pudiendo vislumbrarse los mismos, en muchas oportunidades, mediante acciones concretas.

De los diferentes discursos, se desprende que “L” al inicio de la edad adulta efectúa un primer movimiento en este sentido. Se procura un espacio para vivir (dentro del predio familiar), separado de la casa paterna. Esta acción responde a su deseo de iniciar un proyecto de vida, comenzar a vivir en pareja. Si bien este lugar surge como un deseo propio, son sus padres quienes lo construyen. Espacio que es vivenciado por momentos como su cuarto (extensión de la casa paterna), a veces como su casa y en otras oportunidades como aquel lugar que lo mantiene alejado de su familia. Esta vivencia posee un doble registro: real y simbólico. En la actualidad uno de los reclamos y temores más intensos en “L” es perder su lugar en la familiar, o que su lugar le sea “robado”, por otros (cuñado).

La relación de pareja dura por un lapso de tiempo breve, con posterioridad a la separación “L” continúa viviendo en su cuarto-casa, hasta la actualidad. Al poco tiempo se produce su primera internación, pese a lo cual continúa viviendo en dicho lugar. A posteriori inicia una relación con la madre de sus hijas durante un lapso de 3 años, tiempo en que nacen sus dos hijas. Luego de la separación, las niñas y su madre se van a vivir a la casa de sus abuelos maternos.

A raíz de lo expresado hasta el momento, surgen algunas interrogantes: la familia acompaña y contribuye en el deseo de “L”, en el afán de ¿sostenerlo o excluirlo de la familia? En la medida que su deseo está avalado por sus padres, puede concretarse sin generar instancias de conflicto. Esta alternativa, según va emergiendo del material clínico, le resulta funcional a la dinámica familiar, donde se mantiene alejado aquello que es diferente de sí (familia). Vive dentro del predio, pero esta por fuera de la casa paterna. Su cuarto-casa, es vivenciado como un lugar de refugio, pero a su vez de exclusión. Su familia, en particular, su madre es traída desde un discurso ambivalente, habilitando la separación e invadiendo el espacio. Esta percepción de “L” se confirma luego mediante el discurso de las acompañantes.

La madre refiere:

Se le hizo ese dormitorio aparte. Cuando cumplió los 18 años él quería tener un dormitorio aparte. Estuvo viviendo con una muchacha ahí. Luego con la mamá de las hijas. Luego él se separó y quedó viviendo ahí.

El se levanta y viene y toma mate acá. Cuando él quiere. Sino él se hace las cosas. El se cocina allá. Bueno depende como esté. Cuando quiere viene y come acá. Es él, el que decide. (M1).

Esta modalidad de funcionamiento le permite instancias de acercamiento y alejamiento en los momentos en que “L” lo necesita, según relato de su madre. Otras miradas describen a una madre que tolera de mala manera esta separación y que invade el espacio de su hijo. En la expresión: “es él, el que decide”, su madre siente que no hay lugar para su opinión. Emerge en estos dichos algunos contenidos ambivalentes, una madre a quien le cuesta aceptar la separación de su hijo y por otro lado, no tolera de buena manera su presencia en la casa.

La construcción de un espacio diferente, separado, no implica un proceso de autonomía (proceso interno), ni el habilitar un lugar diferente (desde lo materno). En el marco teórico se cita a través de la mirada de Winnicott (1963), que el proceso de independencia requiere una aceptación y resignación por parte de la madre, en tanto promotora del alejamiento del niño, en pro de su autonomía. Surge aquí una madre que promueve su independencia y concomitantemente invade el espacio, no habilitando un lugar “otro”. No permite que el otro se constituya como un ser separado.

Desde las distintas miradas surge un “L” que por momentos posee cierto nivel de autonomía y que por momentos se torna una persona muy dependiente, pese a su propio

deseo. Aparece una madre que habilita un espacio, desde una edad muy temprana, y que por otra parte, transcurrido el tiempo, lo inhabilita en ese lugar.

Reflexionando sobre esta modalidad de establecimiento vincular, se cita a Bateson (1999), quien refiere que en el desarrollo de la psicosis tiene fuerte influencia la existencia de figuras paternas que no se comunican con sentido y una madre que transmite mensajes confusos, denominada "madre esquizofrenizante". Asimismo se crea una atmósfera familiar donde prima la sobreprotección o el control excesivo como norma. El espacio-casa: construido a modo de independencia, mantiene alejado del medio familiar aquello que altera el clima cotidiano, pero que a su vez oficia de zona de control. "L" mediante su discurso transmite y actúa esa vivencia de abandono, de discriminación. Agrede verbalmente a su madre, en el afán de separarse y concomitantemente deja traslucir la necesidad de estar con ella; y su temor a perder su lugar en la familia.

Este funcionamiento convoca a pensar en la reproducción de lógicas de discriminación de la locura, donde en la época antigua se segregaba a los locos y se los aislaba; en esta situación clínica se observa como dicha lógica continúa vigente y se actualiza en el seno familiar. H. Chaignau refiere: "Más modernas son las nociones según las cuales un enfermo psicótico, en particular un esquizofrénico, instituye donde está, un modo relacional que tiende a reproducir el sistema familiar". (Tarí,A;1995-96:Pág 5). Esto implica que muchas veces el paciente no está hospitalizado o institucionalizado, pero se reproduce la lógica de abandono y segregación en el domicilio del paciente, denominado "institucionalización a domicilio".

Si bien se detectan en "L" algunas acciones en el sentido de la separación, su madre no logra visualizarlas como tal, inhabilitando su necesidad de independencia y autogestión; remarcando incluso de manera constante, sus aspectos destructivos y sus falencias. No habilitándolo desde sus potencialidades. Se vislumbra una madre que no habilita la separación en el afán de controlarlo, pero no logra cuidarlo y sostenerlo. No logra investirlo desde un lugar diferente, sino que queda desposeído de toda individuación. Por lo cual sus necesidades y deseos no son escuchadas. Por lo tanto lo nuevo, lo diferente, lo distinto no tiene lugar para la enunciación; atentan contra el orden preestablecido. Muchas veces son omitidos por temor a no ser reconocido o perder el amor de su madre; madre que por momentos, es vivida como una figura buena y continente y por otro lado como un objeto todo poderoso, omnipotente, controlador y dañino.

"L" refiriéndose a su casa, transmite lo siguiente:

Es un lugar donde vivo solo, pero mis padres no me respetan, eh... La forma de vivir solo, ellos vienen y se meten para adentro de mi cuarto, no tienen



respeto... Yo no tengo lugar donde vivir... A mí me gustaría vivir en una iglesia, católica y ser sacerdote de la iglesia católica, como es el señor Nicolás, no sé o ser un papa o algo así.

E: ¿Y por qué te gustaría vivir en una iglesia? ¿Qué cosas encontrarías en una iglesia que no encontrarías acá?

“L” No. Este... Está bien, mi casa está bien, después de todos los problemas que tengo acá, vivo en este lugar, que es mi cuarto y... Y tengo la posibilidad de tener un lugar todavía donde vivir. (L 1).

Surge de la entrevista la capacidad de gratitud en “L”. De reconocer la importancia de tener un lugar donde vivir. Se vislumbra de manera muy sutil, en este párrafo, la idea de ajenidad respecto de su propio lugar y un manto de resignación al respecto. “Vivo en este lugar, que es mi cuarto” y que “todavía” tiene donde vivir. Si bien ese espacio fue producto de su deseo, lo vivencia también como un “no lugar” o un lugar de exclusión. El reclamo hacia su familia, no es por su alejamiento o invasión, el cuestionamiento alude al lugar que se le otorga en la familia o a su no-lugar.

En la medida que “L” está solo, según refiere, no sería considerado como un ser independiente, con un espacio propio. El espacio “otro” sería consolidado con la existencia de una mujer que le permita sostenerse y otorgarle seguridad, pudiendo así construir un espacio alejado de sus padres. De esta manera su familia respeta ese espacio y no lo invade. Si existe una mujer que supla a la figura materna, se logra respetar su espacio y no se lo invade. Se podría pensar, como la existencia de una mujer lo erige desde el lugar de hombre y un ser respetado. Se observa claramente en este tramo, el prejuicio de la mirada social, la que encapsula el funcionamiento de los seres humanos, creando conceptos estancos, que impiden el movimiento hacia nuevos procesos. Es necesario interrogarse asimismo, sobre la dificultad de “L” de separarse de esta madre, sin que exista otra mujer sobre quien proyectar la necesidad de una figura materna continente.

“L” transmite lo siguiente:

Ya no soy el hijo privilegiado como cuando era niño. Se terminaba todo si yo tuviera una mujer, ellos creen como que soy dependiente de ellos... Antes cuando vivía acá con la madre de mis hijas ellos no se metían... No sé que se creen, mi madre no tiene cultura, no es abogada, ni escribana, mi padre era bombero, no se si fue milico porque nunca me lo dijo... (L2).

Retomando la reflexión anterior: en la medida que está solo, se perpetúa el lugar infantil. El proceso de dependencia, refiere al establecimiento de una modalidad vincular, donde ambos integrantes se ofrecen en ese vínculo y se sienten imposibilitados de salir de él.

Esta situación se vivencia de manera ambivalente desde “L”, y la necesidad de desvalorizarlos representa un intento fallido de separarse de ellos. La figura femenina ha quedado ubicada en el lugar de fortaleza, de poder. En la medida que exista en su vida una mujer (otra), él puede mantener alejados a sus padres de “su lugar” y de sí mismo. La mujer, se constituye en una proyección de la figura materna.

“L” proyecta en esta madre, como surge en el marco referencial, todo aquello que el por sí mismo no puede lograr y se identifica con ello. Sus padres son quienes no pueden dejarlo, alejarse, separarse. La necesidad de sentirse parte de la familia, hace que por momentos adopte un comportamiento invasivo, intrusivo. Ingresa a la casa paterna pidiendo y reclamando cosas (materiales), reclamando así un lugar en la trama familiar.

Margaret Mahler (1971) transmite la importancia del lugar materno y paterno en el proceso de separación-individuación. Ambos deberán contribuir en este alejamiento, permitiéndole al niño, comenzar a incursionar por una vida creada por él. La posibilidad que la madre le permita alejarse y que luego contenga y tolere su vuelta, le va a permitir al bebé, poder alejarse nuevamente; dado que esa distancia no constituye un peligro para sí mismo y ni para el otro.

En “L” el proceso de separación (con la construcción de la casa) no logra consolidarse, en la medida en que el alejamiento no se produce desde un lugar de sujeto separado, sino que se establece una relación de dependencia con otro objeto (pareja). Ante esta ruptura, existe una vuelta al vínculo materno, donde este se torna más invasivo e indiscriminado. Por un momento emerge la posibilidad de un alejamiento, pero luego hay una vuelta al un vínculo simbiótico, con una madre que contiene, pero que a su vez controla su vida.

Sobre este aspecto, las acompañantes mencionaban lo siguiente:

Primero una persona que le dio su espacio a él, eso es fundamental porque la madre tenía bastantes tendencias invasivas al punto de que “L” en su habitación a parte..... y la madre cuando nosotros estábamos en la entrevista la madre venía y barría la puerta o nos preguntaba y ¿cómo lo ven? Venía y se metía. (A).

La invasión es vivenciada incluso en el espacio de seguimiento; en este sentido desde el dispositivo se debió generar un espacio distinto, de intimidad. Las acompañantes

pasaron a ocupar un lugar tercero que promueve la separación; construyendo así un espacio psíquico, donde se habilita a comenzar a pensar por sí mismo y en función de su deseo, independiente del deseo paterno.

Frente a la actitud invasiva de esta madre, cabe preguntarse si las acompañantes, no son vividas desde el lugar de la amenaza. Un otro que viene a separar esta díada madre-hijo; no tolera el quedar por fuera e ingresa y pregunta. No tolera el sentir que hay otros en medio de esa relación. La terceridad, promueve y asigna nuevos lugares y roles en la trama familiar. El acompañante se ofrece en esa relación simbiótica que establecía con su madre, para luego ir habilitando un proceso de separación, de una forma más sana. Tolerando los sentimientos hostiles que conlleva el establecimiento del vínculo con una persona con estas características.

Desde la línea de estratégica del seguimiento y a punto de partida del deseo y la necesidad manifiesta de “L” por sentirse escuchado y reconocido desde un lugar diferente, se coordina un encuentro familiar a los efectos de efectuar algunos acuerdos familiares. “Nosotras le consultamos si le parecía bien ese encuentro y el dijo “que si que le parecía bueno siempre y cuando estemos” no le parecía poder hablarlo el solo”. (A).

Encuentro familiar:

Hubo mucho reproche “vos no me dejás hacer tal cosa y yo soy un adulto” y la madre: no pero yo me pongo nerviosa. Porque vos. Reproches de ambos, de ambas partes (...) Se pudo hablar de que si bien el era un adulto y si quería tomarse un té a las tres de la mañana podía pero tenía que respetar al otro que estaba durmiendo, que lo va a despertar, que lo va a interrumpir en lo que está haciendo, un poco de poder visualizar al otro. En la necesidad del otro” (...) Más que nada reproches hubo, un poco de ser escuchado pero que haya alguien igual protegiéndolo. Que no quede solo, que era lo que él sentía muchas veces. Todo el mundo estaba como del otro lado. Él cómo intentando de marcar de alguna manera como su lugar, era eso lo que él pedía y necesitaba que alguien lo ayudara. Desde un lugar muy sano. Yo la verdad como que quede bastante sorprendida con el seguimiento. (A).

El manejo de “L” en la entrevista, generó asombro en las acompañantes. Si bien se había conversado previamente sobre qué aspectos trabajar y plantearle a su familia, les sorprendió la capacidad que desplegó para enfrentar la situación y defender su postura ante los demás. La capacidad de contactarse con su propio deseo, su posibilidad de enunciación, ante una madre que por momentos es vivida como todopoderosa y persecutoria. El temor a

lo retaliativo se presentificaba, al punto de solicitar que las estudiantes participaran del encuentro para apoyarlo y contenerlo.

El espacio de seguimiento, es un lugar que le otorga confianza, seguridad. Un espacio transicional (al decir de Winnicott, 1972), que le permita separarse de la madre y tener un pensamiento propio. Una madre que engolfante, que no le permite el acceso a la individuación. Mahler (1971) hace una diferenciación entre una madre que se ofrece a la simbiosis inicial en un acto de amor, necesario; y una madre peligrosa y engolfante, que lo envuelve y lo toma para sí como objeto de su posesión. Una familia que tolera el lugar de dependencia como forma de protegerlo, no habilitando la separación. Piera Aulagnier (1993) por su parte, menciona que ante el temor a la pérdida de la unidad yoica, emergen deseos reprimidos de volver a una simbiosis engolfante originaria; esta simbiosis se busca en el vínculo con las acompañantes, donde se siente a resguardo. Esta autora conceptualiza a su vez, el establecimiento de la violencia primaria (referenciado en el marco teórico); momentos en el que se produce “un encuentro”, donde el niño no logra un sentimiento de sí, y es su madre quien logra decodificar e interpretar las señales corporales de manera anticipada. A posteriori va a describir la violencia secundaria, la cual implica una modalidad vincular de carácter esquizofrenizante, donde se impide la expresión del deseo del niño como otro separado. Esta violencia simbólica es aquella que ejerce su madre sobre el otro (bebé), pues no existe un lugar “otro”, separado de sí; esto produce una desorganización psíquica.

A partir de lo expuesto, se observa en la situación clínica presente, que los resultados del establecimiento de esta modalidad vincular, acarrea sentimientos de amor y dependencia, concomitantemente con el odio y la agresividad. Establece un funcionamiento basado en estas características, lo cual se va a reeditar en el vínculo con las acompañantes según lo conceptualiza Bion (1986). En este sentido la función del acompañante se torna fundamental, en la medida que se despliega un espacio que oficia de contención y habilita el lugar a la individuación. El paciente puede vivenciarse desde un lugar diferente donde su pensar y su sentir, tienen lugar. Esta función continente-contenido, imprime en el sujeto una huella, donde el acompañante ofrece su aparato para pensar, permitiendo transformar aquellos elementos beta (contenidos sin metabolizar-cosas en sí mismas-) Bion (1986), otorgándole un valor simbólico-elementos alfa.

Por momentos el encuentro, desde la mirada de las acompañantes, se tornaba difícil, debido a las proyecciones masivas, resonando en sus mentes las palabras de la técnica de sala, que repetía incesantemente que el paciente no tenía buen pronóstico y que era un paciente de alta complejidad; idea compartida por la psiquiatra de la policlínica. La

transferencia masiva imposibilitaba el encuentro. Las acompañantes asumieron igualmente el compromiso de continuar con el seguimiento. El vínculo transferencial quedaba por momentos invadido de contenidos negativos y hostiles, por lo cual la constancia y permanencia de las mismas en el espacio habilitó el despliegue de nuevos componentes; su capacidad de holding y reverie (contención), permitió que dichos contenidos fuesen cediendo terreno. La continuidad del vínculo y la capacidad para soportar los ataques y transformar dichos contenidos en elementos que resultan tolerables para el yo del paciente, permitieron devolver una mirada diferente de sí mismo; una mirada que le otorga un lugar en la existencia y no una mirada que simbolice el terror. Ubicándolo en lugar de sujeto.

Esta modificación a nivel vincular promueve la construcción de un espacio psíquico nuevo, donde desplegar su capacidad de construir. Bion (1986) plantea que la capacidad de tolerar las proyecciones y devolverlas transformadas en contenidos más sanos y tolerables para el yo, habilita la posibilidad de crecimiento.

En relación al vínculo, Etchegoyen (1986) y Winnicott (1964) hacen referencia a las variables que caracterizan al encuadre, en especial: tiempo y lugar y como las mismas deben ser mantenidas. Esto afianza el vínculo terapéutico y la confirmación en la realidad, de no haber dañado al objeto (fantasía inconsciente de Klein (1946)). El encuadre sostiene y es forjador del vínculo. El encuadre clásico, prioriza las variables de tiempo y espacio, como fundantes en la construcción del vínculo. El dispositivo de seguimiento propone un encuadre de carácter móvil (dado que no sucede en un espacio físico fijo); que se sustenta en relación a la presencia, constancia y la permanencia del espacio. A partir de allí se construye esta modalidad vincular, sustentado en sus dos pilares básicos: el rol y el marco teórico (Bleger, 1967).

Contrario a lo que propone el seguimiento, a nivel familiar, se pesquisaron ciertas dificultades en el vínculo con "L", en relación a la escucha, contención y a reconocerlo como un ser independiente, diferente y portador de necesidades y de un deseo propio. Aquí se vislumbra la reproducción de modalidades vinculares de índole primarias, con el predominio de componentes agresivos y de hostilidad. La familia (en particular su madre) le devuelve aquello que se proyectó sin posibilidad de transformación o metabolización; consignando lo que Bion (1986) denomina "terror sin nombre". Denotando por otra parte, al decir de los programas de rehabilitación, un fuerte componente de emoción expresada.

Se produce un reclamo por parte de "L" sobre su necesidad de remarcar su lugar y ser considerado desde un rol adulto. Cabe preguntarse si este enunciado es solamente para su madre, o también para él mismo, donde existe una necesidad de reforzarse en ese lugar, dado que por momentos es él quien demanda la presencia de una madre a modo infantil. Se

vislumbra como un hecho novedoso la necesidad de ser considerado y considerarse desde un lugar más adulto.

La madre aparece como una persona que prioriza su sentir, por sobre la necesidad de su hijo: “me pongo nerviosa”; así como un hijo que invade un lugar, sin contemplar el tiempo del otro (se prepara un té a las 3 de la mañana). Se produce una indiferenciación con el otro, donde se lo vivencia como una extensión de sí mismo. Cualquier movimiento que se produzca de ambas partes en la línea de la separación, es vivenciado como un ataque al vínculo. En distintas oportunidades “L” esboza su necesidad de separarse, de diferenciación y emerge una madre no lo tolera, o que refiere sentir temor ante su alejamiento; y concomitantemente es una madre que desde su accionar lo abandona, lo deja solo. No lo acompaña a los controles. Cabe preguntarse ¿cuál es su temor? Aquí nuevamente se observa los contenidos mencionados por Piera Aulagnier (1993), acerca de la violencia secundaria. El deseo del otro no es más que mi propio deseo; la violencia que se instala desde la pareja parental o desde el discurso materno, inhibe la capacidad de pensar del niño:

“...que el piense lo que ella piensa, ya que si llegase a considerar al suyo como agente autónomo con derecho a pensar, le demostraría a ella que el pasado no puede retornar, que el deseo de lo mismo es irrealizable e impensable, que su discurso carece de un concepto...” (Aulagnier, 1993,p.214).

En las últimas etapas del seguimiento, se mantuvo un encuentro con la familia, allí se remarcó lo siguiente:

Desvalorización por parte de la familia. Al punto de que él (“L”) decía por ejemplo “se burlan de mi porque soy religioso porque dios me manda señales”. La madre cuando él decía eso se reía y decía –ya esta delirando- como que había una carga de violencia importante familiar, que no era solamente él. Digamos él fue el emergente de toda esa violencia. Fue como bastante fuerte esa entrevista”. (A).

Los contenidos que surgen en palabras de las acompañantes, denotan una madre que no puede escuchar a su hijo desde el lugar de su deseo. El reclamo explícito de sentirse burlado por su familia, y su constatación puesta en escena. Esto promueve un vínculo plagado de hostilidad, donde aparece una madre que no puede contener a su hijo y que por el contrario, le devuelve contenidos violentos, agresivos. Aquello que no se ajusta a lo pensado y considerado por sus padres, es desvalorizado por ellos. La vivencia de

discriminación, se torna real en el propio instante en que es expresada. Su madre se burla de su expresión y se lo estigmatiza en relación a sus creencias; ubicándolo en el lugar del loco. La falla en la función de reviere de esta madre, lo enfrenta a un terror. La madre se transforma en un ser terrorífico, odiado, del cual necesita defenderse. Se requiere de la presencia de un objeto que lo calme, que le devuelva confianza en sí mismo y que lo ayude a controlar la angustia que le genera el enfrentarse al objeto madre. Objeto que es vivido como amenazador. De allí que solicita la presencia de las acompañantes en la entrevista: “solo, no puedo”.

Por otro parte, solicita ayuda para poder desempeñar otros roles; les plantea a las acompañantes la dificultad de poder ubicarse en un rol más activo y en un lugar de padre en relación a sus hijas. Siente que su familia no lo habilita desde ese lugar. Aparece un reclamo en relación a la necesidad de permitirle ser y estar en ese lugar. La madre en un contexto de protección, evitaba que “L” se responsabilizara de los cuidados de sus hijas, por las situaciones de violencia y agresividad vividas; inhabilitándolo en el ejercicio de su paternidad. Esta situación generaba mucho enojo, sin posibilidad de contactarse con sus propias dificultades para asumir ese rol. El ser padre es aquello que “L” ha logrado ser en su vida y aparece una madre que inhibe la el desempeño de dicho rol.

Con el transcurso del seguimiento, “L” comienza a reclamar un lugar al lado de sus hijas.

Sí pero no me dejan, recién ahora las estoy acompañando a la parada. El otro día fui y mi madre me llamó como cinco veces, estaba preocupada, quería saber si las nenas se habían ido, se pone pesada. (L2)

Más allá de la actitud de su madre, cabe preguntarse acerca de este “no me dejan”. Se proyecta la culpa en el otro como forma de deshacerse de la responsabilidad de ser y hacer. En la medida en que es el otro, yo no tengo culpa. Mediante su actitud la madre lo ubica y él mismo se ubica en un lugar de incapaz. Estas modalidades vinculares, se encuentran basadas en la experiencia vivida. Una madre que teme por lo que pueda pasar con su hijo, pero que resulta asfixiante.

Las acompañantes comentan:

...salidas, por ejemplo, de madrugada, a la una de la mañana por ejemplo, el decía, no sé, voy a caminar y la madre lo llamaba quince veces, ¿dónde estás? (...) Pero por ejemplo, “L” tiene un contacto con sus hijas muy diario. A las hijas las va a buscar el padre de “L” y pasan todo el día en la casa y a él no lo dejan acompañar a las hijas a la parada del ómnibus para que vayan a

la escuela por ejemplo. Si las acompaña solo, la madre lo está llamando constantemente para ver donde esta, que está haciendo. (A)

En relación a sus intereses, la familia responde de igual manera. Inhabilitando su deseo y su necesidad:

Por ejemplo a partir de la música un poco finalizando el proceso se había propuesto ir a cantar en los ómnibus y estaba súper entusiasmado, nos costó bastante porque fue un tema que el tenía ganas de hacerlo pero había mucha resistencia familiar porque la familia le decía que no era un trabajo como para que el haga, se tenía que buscar otra cosa” (RA)

Nunca lo había hecho, él tenía el deseo de hacerlo pero nunca lo había hecho y en el último tiempo del proceso lo había logrado, había ido por el barrio, en los ómnibus del barrio y había venido muy contento a contarnos y la familia como que iba y lo lapidaba, digamos eso. (A)

La tarea del seguimiento implicó diseñar una estrategia de intervención a nivel familiar, donde trabajar en torno a los vínculos establecidos con “L”, otorgándole mayor nivel de autonomía y empoderarlo en su propio proceso. Estos componentes fueron nodales y configuraron el eje central de la estrategia del PIR; alineados con los nuevos planteos del Modelo de Recuperación.

No, indudablemente que es lo que le quiere, porque este, tiene su bolsito y de vez en cuando sale en el ómnibus y lo vende. Lo mismo que la, las gurisas (acompañantes), se, se reían, porque yo decía, ta, que a mí, ellas dicen que eso es lo que a él le gusta, ellas me decían, eso de salir a tocar la guitarra en el ómnibus. Ay, a mí, yo lo encuentro tan, tan, pero ellas me dicen “No, no, dejálo porque si es lo que a él le gusta. (M2)

No quería que saliera pero ellas, digo a mí me convencieron ellas: “No dejálo, porque es lo que a él le gusta, si a él le gusta tocar la pandereta que toque, si a él le gusta tocar la guitarra que toque, que vaya en el ómnibus, que vaya a donde quiera”... E incluso él fue con ellas a pasear y llevaron la pandereta y se puso a tocar en la plaza allá, allá en la Ciudad Vieja, y había otro señor tocando y tocaron... Este...” (M2).

Cabe preguntarse en este sentido, que espera esta familia de “L”. La crítica hacia la acción de tocar la pandereta o la guitarra, se entrecruza con las expectativas que estos padres proyectan en relación a su hijo. Refieren: “ese no es un trabajo”.



Se vislumbra en estas frases como “L” no asume el lugar del deseo de los padres. No logra cumplir con sus expectativas.

Me acuerdo que la entrevista esa en la que participaron todos “L” estaba súper enojado porque había salido de madrugada y la madre lo había llamado como que fuera un adolescente, como quince veces, donde estaba y lo había insultado y la madre manifestaba que ella estaba muy nerviosa cuando él salía. Entonces mostrar eso como esa interdependencia que en realidad no le permite ser. Porque él dice que me sobreprotegen pero en realidad no me están permitiendo hacer lo que yo quiero y era muy real eso; entonces en esa última entrevista la madre, yo la vi, como que realmente pudo comprender como que si bien hay cosas que podían molestarle de “L” pero que ella también las fomentaba. Que era un vínculo digamos recíproco, patológico. (A).

La familia refiere que las características de los vínculos intrafamiliares, están naturalizadas, enquistadas. Con roles rígidos, asignados a cada uno de ellos. Estas formas de expresión no permitían la posibilidad de encuentro con el otro. En la medida en que es posible comenzar a modificar algunas formas de vincularse, esto habilita un lugar a lo nuevo, lo diferente.

M: Eh, sí, que yo vi, hay montones de veces que le hablábamos algo y él, no entendía entonces ellas le hablaban y él, bajaba las revoluciones. Entonces yo decía, nada: “Si yo le sigo hablando así...nunca va a entender, entonces conviene que...” Eso lo entendí como dicen las chiquilinas (risas) (M2)

P: Le empezamos a agarrar el trecho. (Pd2).

M: Otra de las cosas que, por ejemplo yo le hablaba y él seguía gritando, seguía gritando, seguí hablando fuerte, no?, esa es la palabra, seguía hablando fuerte y como que no escuchaba. Y sin embargo esta muchacha, ¿cómo es? (...) sucedió, así, yo le hablé, no me acuerdo, alguna cosa que le dije “L” no sé, y él siguió hablando como que no, no, no, no... Y siguió gritando, “Bueno, bueno, L” dijo ella, y le hablé, y él bajó las revoluciones enseguida. Entonces digo, ella supo cómo, “vamos a calmarnos!” le decía a él, “vamos a calmarnos, “L”... (...). La más grande no me acuerdo cómo era... No, hay cosas que le hicieron mucho bien a él...(M2).

En este aspecto del estudio, se analiza el rol del acompañante como mediador, donde se actúan otras modalidades de vincularse, oficiando de referente. El acompañante desarrolla la función de continente, así como presta su aparato para pensar los pensamientos al decir de Bion (1986); como forma de metabolizar y controlar la impulsividad, el pasaje al acto (contenidos agresivos). Allí el pensamiento viene a ocupar el lugar del acto. En la medida que el vínculo se encuentra plagado de agresividad y la violencia, no existe posibilidad de encuentro, la violencia produce un desvinculo. Se resignifica de forma constante, una modalidad de funcionamiento primario, donde se devuelve contenidos idénticos a lo proyectado. El acompañamiento propicia un espacio de transición, donde la función de reviere (maternaje) favorece la contención de dichos elementos, transformándolos, devolviéndole otros sentidos posibles: calma y tranquilidad. En relación a este punto, la madre comenta que “L” no colaboraba en su casa, pero en este cambio de posición subjetiva de la madre, logra correrse del lugar del reproche y plantearle las cosas sin alterarse y devolviendo contenidos más tolerables al yo (despojados de tanta violencia). Se inaugura entonces una experiencia novedosa, en tanto “L” puede desplegar a partir de entonces, una actitud más colaborativa.

Se comienzan a vislumbrar algunas acciones autogestivas, asumiendo algunas responsabilidades, ej: hacerse cargo de sus cosas, limpiar las cosas que él utilizó, entre otras.

Se percibe entonces un doble movimiento, desde el lugar materno y desde “L” donde ha comenzado a descentrarse de sí mismo y pensar en el otro.

Se ilustra:

Vine y junté yo, al otro día creo que fue de nuevo. “L” se sentó a comer no sé qué cosa, agarró la tasita, fue, la lavó, levantó el pan, y pasó el paño por encima de la mesa. Digo él entendió, (...)y ayer también, lavó la taza, tomó y lavó la taza. Hay momentos que él hace sí (M2).

Se vislumbra un cambio en la posición subjetiva de la madre, en relación al lugar de “L”. Previamente se observaba una madre vivida de manera ambivalente; ya que reclamaba y obstaculizaba la posibilidad de hacer, al mismo tiempo. Una madre todopoderosa, omnipotente a la cual es difícil enfrentar, y mostrarse como un ser distinto. Piera Aulagnier (1993), conceptualiza la existencia de la violencia secundaria, en la medida en que el otro imposibilita desarrollar su subjetividad. El otro es un ser cosificado, no posee un lugar diferente.

Es así que el AT posibilita el despliegue de nuevas formas de subjetivación, en tanto inscribe el establecimiento de nuevas modalidades vinculares, otorgando a cada uno roles

diferenciados. Una madre que habilita un espacio, crea un lugar “otro”. Una madre que mediante el reforzamiento de las acciones del otro, habilita un procesos de autonomía y autogestión.

Como se mencionaba en el marco teórico, la rehabilitación según Florit-Robles (2006), incluye un proceso de psicoeducación a las familias, donde el conocimiento acerca del funcionamiento dinámico de los pacientes, permite comprender sus capacidades, fortalezas y debilidades; así como rescatar aquello que en el paciente promueve una mejor calidad de vida (para sí mismo y su entorno). El proceso de psicoeducación promueve fomentar mayores niveles de autonomía y autogestión.

Estos procesos se enmarcan en el cambio del modelo de recuperación en el cual se ubica al paciente en un lugar diferente, reorganizando su vida en función de sus necesidades y su propio deseo. Esto incorpora una perspectiva técnica e ideológica distinta, transformando el lugar que le era asignado al sujeto, de loco a ciudadano (desde una perspectiva de derechos humanos); incluyendo asimismo una modalidad de intervención más holística y no basada en un modelo tradicional y de consultorio. La intervención en la comunidad y el trabajo cotidiano con la familia desde una perspectiva psicoeducativa, integra los principios básicos de la propuesta de un modelo de atención centrado que en el empoderamiento del paciente en su tratamiento y en su vida, tal como se explicitó en el marco teórico.

### **Integración de los resultados de las escalas.**

En la aplicación de las escalas, podemos observar que algunos ítems se corroboran con el proceso de modificación que emerge de esta categoría: se observa un cambio en cuanto al nivel de su comportamiento social y familiar. Puede plantearle a su familia aspectos que tienen que ver con su necesidad de ser más independiente. Estos elementos que surgen como novedosos, se confirman con la variación obtenida en la las escala.

En la escala PANSS, se observa un nivel de variabilidad que se correlaciona nuevamente con los ítems de: retraimiento social, el contacto pobre. El retraimiento afectivo, y en la ausencia de espontaneidad y fluidez en la comunicación. Con una variabilidad entre uno y dos puntos en cada una. Se enfatiza en el ítem de retraimiento social, donde obtuvo una puntuación de 3 puntos de variabilidad. Los ítems en los que muestra mayor varianza son aquellos pertenecientes a la escala PANSS-N (síntomas negativos).

Se observa una disminución en los niveles de hostilidad, correlacionándolo con el resultado obtenido de la escala PANSS-P, en el ítem hostilidad con una variación de 2 puntos.

### C) Vivencias de lo cotidiano

Analizar la vida cotidiana del paciente, permite comprender el lugar que le es otorgado y en el cual él se ubica en su entorno familiar y cotidiano.

El proceso de la enfermedad en los pacientes, tiene una repercusión directa en su vida de relación. Para comprender estos funcionamientos, es necesario conocer los detalles de su desempeño en la vida diaria, lo que permite vislumbrar sus necesidades, intereses e iniciativas.

Uno de los objetivos que persigue la rehabilitación, implica potenciar aquellas capacidades que el sujeto posee y desplegar nuevos contenidos. En este sentido, el análisis de los pragmatismos permitirá detectar que aspectos de su cotidianidad se fueron modificando o no en el transcurso de la intervención y que capacidades emergieron o se potenciaron a partir del mismo.

En los inicios del proceso, surge de la entrevistas con la psiquiatra, la dificultad de “L” de poder compartir instancias con su familia. Un ejemplo concreto era que no se sentaba a la mesa. Esta misma conducta se reflejaba en su funcionamiento dentro de la sala, donde la Dra. refería que no mantenía vínculo con nadie: “Pero era un paciente que no daba problemas. Vivía en su cama todo el tiempo, de gorrito tapado. Nunca quiso intervenir en ninguna actividad de nada, ni la huerta ni nada. Nada”. (P1)

En el transcurso de la internación y durante sus salidas domiciliarias, “L” pudo comenzar a modificar esto y logró a sentarse en la mesa con su familia: “Mejóro la sociabilidad. Porque él nunca se sentaba en la mesa, siempre quería comer solo. Separado del resto. Ahora podía hacer una vida familiar más adecuada. Y las hijas notaron el cambio”. (P1)

Si bien desde el discurso, “L” manifiesta encontrarse bien y adaptado, su actitud denota un marcado retraimiento y aislamiento social. Comenta que mantiene un control acerca de diversas conductas; oscilando entre la restricción y la abstención a nivel de la alimentación y la sexualidad: “ayuno y abstinencia” (“L1”).

L: Si, claro que estaba comiendo bien, estaba comiendo muy bien, estaba llevando una vida muy buena acá en el barrio. Porque acá, yo en mi casa me dedico a la oración, a la vigilia, al ayuno, a todo eso ¿entendés? A la continencia sexual.

E: ¿Qué es la continencia sexual?

L: A pedir el don del celibato, no tener relaciones. (L1).

En estos fragmentos se observa el predominio de un pensamiento mágico omnipotente; el cual se pone de manifiesto en el afán de poseer el control de sí mismo y sus acciones. Bion (1980) menciona un pensamiento caracterizado de esta forma, es utilizado frente a aquellos problemas que requieren de una acción; por lo cual el pensamiento sustituye a la acción, tornándolo un ser apragmático. Un ser donde los contenidos delirantes y la vivencia de un mundo amenazante, lo mantienen en un registro apragmático. Desde su narrativa, se visualiza una persona que encerrada en sí misma, en su propio mundo (cuarto-casa); allí crea y se recrea entre un mundo real y uno imaginado o construido a modo delirante.

A pesar de su retraimiento, la familia comenta que él se mantiene activo, y se encuentra conservado el aseo tanto personal, como de su entorno (cuarto); asimismo enfatizan en sus dificultades a nivel de las relaciones interpersonales. No comparte con su familia, y tampoco logra desarrollar una actitud de colaboración.

A lo largo del proceso de intervención, es posible identificar un momento de corte, donde "L" comienza a valorar los vínculos y se instala la posibilidad de entablar vínculos con otros, o poder hacer cosas por y para otro.

En el primer momento de corte del seguimiento, su madre comenta que su ausencia en los momentos de compartir en familia, son su elección personal. Comenta que la medicación de la noche la toma en la mañana cuando la familia comienza a despertarse; de esta manera se mantiene aislado y evita el contacto con ellos:

La toma de mañana cuando todos se quieren levantar, bueno ahí él la toma y duerme hasta las....

M: El limpia su cuarto. El está afuera y toma mate. Escucha radio y toma mate. Y ta así durante el día. No hace otra cosa. Se va para lo de los amigos.

E: Entonces él no tiene vínculo con ustedes. ¿No participa en nada? Ni limpieza.

M: El no se sienta en la mesa con nosotros. Hace años que no. Ayer nomás nosotros hicimos unos chorizos y lo llame para comer y tuve que preparar los chorizos y llevárselos. Porque él no viene. (M1). E: Además de la medicación, ¿cómo es él con el resto de sus conductas, por ejemplo el aseo?

M: el baño es por demás. Yo a veces le digo que es demasiado. Con el baño no. Lo que dejó de hacer un poco es comer. Ahora nomás yo le dije tomate el desayuno, con el mate y dice que toma mate. Le dije tomate el café con leche y después tomas mate hasta cuando quieras y dijo que no. (M1)

En estos fragmentos se observan dos componentes: por un lado se ilustran los sentimientos ambivalentes de "L", donde necesita sentirse parte de la familia y por el otro, no logra integrarse a la cotidianeidad de los mismos. Duermen a contra horario. Esto podría estar relacionado con una necesidad suya de mantenerse alejado de su familia, de ser el diferente; pese a que en su discurso refiere de manera constante su temor a no pertenecer o no tener un lugar en la misma. Es posible de pensar, como la realidad puede tornarse tan dolorosa, que opta por no tomar contacto con la misma. Se observa aquí una dificultad en comprender esta situación. No existen instancias de diálogo donde poder cuestionar o preguntar el por qué de la conducta.

Sobre la escena de la comida, Bion (1986) va a plantear que el acto es el sustituto de la palabra y del pensamiento. Desde lo familiar, se sostiene el retraimiento de "L" en pro de un beneficio propio. En "L" estas acciones, reviven el sentido de las mismas, reactivándose un sentimiento de expulsión. Se instaura una búsqueda de un lugar propio, donde compartir con otros (amigos de la iglesia, amigos antiguos).

En los registros de las estudiantes, aparecen contenidos similares:

El paciente manifiesta tener una buena alimentación y no presenta problemas en el sueño ahora. Preguntamos qué hace un día cualquiera en su casa, responde: "(...) en casa me levanto, me baño, apronto el mate, tomo mate, como, tomo mate, miro tele y me acuesto temprano, para al otro día levantarme lo más temprano y aprovechar el día a día, me levanto entre las 8 o 9 de la mañana". No sé que tengo en la cabeza. Nerviosismo. Capaz puede ser vivir más de noche, me quedo acostado en la cama pensando. Pensamiento de electrónica, tiene que ver con la comunicación. (RA).

Nuevamente aparece un "L" ensimismado. Con una vida restringida al entorno de su casa, pero con una preocupación por mantener su cuidado personal (registro social). Durante el proceso del seguimiento, se trabajó entornó al porque de su conducta, de su aislamiento; su sentir respecto al mismo. Emerge la necesidad de sentirse mirado, acompañado, reconocido por otros. Siendo que en ese mutuo reconocimiento, el comienza a ser y sentir.

Bion (1986) refiere, la necesidad del terapeuta/acompañante, de recoger aquellos componentes que surgen del análisis, con el fin de otorgarle un significado y darle un sentido. El terapeuta debe poseer la capacidad para prestar su aparato para pensar, con el objetivo de poder devolverle algunos contenidos más integrados a su yo. Decodificar

aquellos sentimientos que el otro (paciente) no puede simbolizar por sí solo. Implica la transformación de elementos beta en elementos alfa.

Finalizado en seguimiento, “L” manifiesta lo siguiente:

No hago mucho, estoy tomando mate todo el tiempo y me estoy dando cuenta ahora que estoy muy solo viste. Que tengo que empezar a salir viste. Ir a la playa. Comprar una bicicleta y salir de acá porque estoy muy encerrado yo. Muy encerrado acá. Tomando mate y solo... (“L”2).

Como se explicitó en el segmento anterior, durante el proceso, se instaló un espacio para pensar acerca de su sentir y de sus deseos. “L” manifiesta en estos fragmentos, su dificultad para realizar otras acciones, sin embargo explicita que necesita hacer algo diferente.

El dispositivo de seguimiento, como estrategia de intervención, se alinea con los principios básicos que propone el Modelo de Recuperación; donde el objetivo principal está dirigido hacia el empoderamiento del paciente en su propio proceso de rehabilitación. Para ello es fundamental que pueda iniciar un proceso de decodificación de su deseo y necesidades. En este sentido, es posible comenzar a vislumbrar en “L” un sentimiento de soledad y la posibilidad de manifestar su necesidad de estar acompañado por otros: personas, lugares; a punto de partida del acompañamiento. En este espacio “L” se siente mirado, contenido. Se establece un vínculo que lo inviste narcisísticamente. La inserción en su cotidianeidad, permite devolverle otra mirada diferente de sí y del entorno; así como un mediador entre él y su familia, habilitando un encuentro distinto entre ambos. Habilita desde otra mirada otras formas posibles de “hacer” y de vincularse; intentando paliar los efectos de la enfermedad. Un ejemplo claro se visualiza en el repliegue libidinal y el aislamiento producto de su apragmatismo, que emerge a consecuencia de su alteración psíquica.

En la situación clínica se comienza a vislumbrar la posibilidad de contactarse con su sentir, pudiendo verbalizar un sentimiento de soledad. Hasta el momento, dicho sentimiento, estaba presente pero sin posibilidad de enunciarlo. Se otorgarle palabras a su sentir. Este sentimiento se actuaba, se ponía en escena rodeado de un componente agresivo y hostil. Invadía la casa materna, gritaba, se enojaba. Aquello que le causaba dolor, no podía otorgarle un sentido y pasaba al acto. Se inaugura un hecho novedoso, la posibilidad de pensar; el pensamiento ocupa ahora el lugar del acto. Le otorga un contenido simbólico a ese sentimiento que estaba presente desde siempre, pero no tenía representación. En la medida en que era sentido, se actuaba sin ser metabolizado. Obteniendo muchas veces como respuesta, hostilidad y rechazo. El acompañamiento habilitó un espacio para decodificar su necesidad, un espacio donde pensar y comprender lo que le sucede; y a partir

de allí poder hacer algo con eso. Este movimiento produce repercusiones en el afuera, lo cual comienza a ser reconocido y valorado por su familia.

Desde la mirada familiar "L" ha podido modificar algunas cosas de su funcionamiento cotidiano y otras no. Refieren:

No él sacó una cómoda, una especie de comodita que tenía y la sacó, la saco la cómoda, y no la entró más. Y ahora la cama, y yo la agarre y bueno la traje para acá. E incluso ahora le digo "L", no vas a arreglar tu cuarto, no vas a arreglar tu cama, porque va a venir la muchacha y vas a estar en el piso "L", y eso queda horrible" No, no, no si da lo mismo (pequeña risa) En otras cosas ha mejorado sí, en la comunicación por ejemplo con nosotros (Sic) que te acordás por ejemplo que yo te había dicho que él, que él no se... Esta fiesta esta navidad ceno hasta con nosotros,... y viste con las chiquilinas (acompañantes) que estaban, con las hijas. Sí viste, y estuvo perfectamente bien.(M2).

M: (...). Viste. El cenó con nosotros. Y otra cosa que él también almuerza con nosotros, eso sí, estando acá en casa, él todo... (M2).

Pero a último momento la madre dijo que, por ejemplo, no comía en su cuarto y que estaba comiendo en el comedor, que miraban la tele juntos. Que había habido un cambio. No de sentarse en la mesa con su cuñado porque era algo que él no toleraba pero sí que habían empezado a compartir otros espacios.  
(A)

Desde las diferentes miradas, y a los efectos de este estudio, se detenta un cambio en el funcionamiento cotidiano de "L". Donde se promueven mayores instancias de diálogo y nuevos espacios compartidos.

A nivel de la dinámica familiar, se produce un movimiento, donde su cuñado comienza a estar menos presente en la cotidianeidad familiar. La ausencia del mismo, habilita un lugar para "L" en la familia; o ¿es "L" quien efectúa un movimiento que promueve otorgarse a sí mismo un lugar dentro de la familia? Surge un cuestionamiento acerca de quién origina ese "no lugar": "L", su familia o ¿el encuentro entre ambos y su dificultad para vincularse promovía el alejamiento y el no lugar?

### **Integración de los resultados de las escalas.**

En relación a esta categoría, podemos ver que existe una correlación con la escala EEAG y lo antedicho en esta categoría. En dicha aplicación surge una mejoría de 38 puntos



entre los dos momentos de corte. En la primera instancia, la sintomatología positiva, altera la capacidad comunicacional y los vínculos interpersonales; así como la posibilidad de desempeñarse en varias áreas, obteniendo un puntaje de 23. Sobre el final del seguimiento se observa que existió una remisión de la sintomatología positiva y que “L” pudo modificar en gran medida su relacionamiento cotidiano con la familia.

Obteniendo un puntaje final de 61, con una mejoría de 38 puntos.

Esta categoría indica una de las variaciones que evaluó dicha escala.

### **a) Funcionamiento y comportamiento general**

En esta categoría se analiza el comportamiento a lo largo de la vida de “L” y aquellos momentos que han sido significativos.

Desde la infancia, se ha observado un comportamiento plagado de conductas agresivas y destructivas, las cuales motivaron diversas consultas con especialistas.

Su madre refiere lo siguiente:

Él cuando era chico yo lo llevé al psicólogo y al psiquiatra, de asignaciones familiares que era lo que tenía en esa época, porque él era..., primero el tomaba la mamadera y tiraba. Y si lo ponían en el corral y lloraba porque quería salir. Y rompía los cositos del corral. Tanto así que rompió dos corrales. Se metía por abajo. Como era así yo lo lleve.

Los técnicos le devuelven que “L” tenía un desarrollo normal, más inteligente de lo normal” (M1).

Después en la escuela, fui a hablar con la maestra porque él tiraba el lápiz. Tiraba el lápiz contra la ventana y decía que se le había caído. Él a lo que le tiene terror es a estar encerrado. Ta fui a hablar con la maestra y la maestra me dijo que no. Le pregunté qué otro tipo de problemas tenía y ella me dijo que no. Era solo eso que él quería salir para afuera.

E: Y ¿él tenía buen vínculo con los compañeros? ¿Cómo se llevaba?

M: Si en la escuela sí. En la vuelta siempre con los chiquilines. Pero de un tiempo acá empezó a separarse. O los otros empezaron a separarse” (M1).

Desde la infancia comenzaron a aparecer algunos comportamientos que llamaban la atención tanto desde la escuela como a la familia. Un comportamiento teñido de conductas agresivas y con un componente de destrucción. Donde el tira o rompe las cosas a su

alrededor. Es posible observar, según refiere Klein (1946), como existe un monto de agresividad que no logra controlar y que emergen como respuesta a su vivencia del mundo exterior.

Al preguntarle a la maestra sobre su comportamiento, ella responde que él quería salir afuera, sentía que no podía estar encerrado. Por un lado nos habla de las dificultades en su capacidad adaptativa y de la poca tolerancia a la frustración; así como su necesidad de aislarse. De huir de un entorno que no lo contenía. Existe un punto de inflexión en la vida de "L" que se sitúa a la edad de 19 años, lo cual es traído por su familia y sus amigos. Marcando un antes y un después en la vida de "L" y su familia.

La familia relata que alrededor de los 18 o 19 años comienza con un comportamiento extraño, agresivo. Y que en un momento de desborde la familia decide consultar con un especialista. Su madre asocia este comportamiento al consumo de drogas, por lo cual recurre a una institución especialista en la misma.

E: Pero ¿por qué? A él se le había cambiado el carácter, ¿estaba agresivo?

Madre: Sí, sí, gritaba todo el tiempo, estaba agresivo. Te acordás que la vez que lo llevamos al ahí al...

Padre: fue el tiempo que se subía encima de la casa y eso. No?

M: Sí, no, y que estaba allí contigo ayudándote a hacer el alambre allí en el fondo, y el salta, de repente salta, tira todo, sale corriendo a los gritos para la calle. Entonces ahí fue cuando yo dije, no ta. Pero ahí él todavía me obedecía así que él no tenía 21 años. Era más chico.

M; Sí, porque yo me acuerdo que yo dije, "No, se terminó. Vos vas al médico y se acabó" Y él, después de que cumplió la mayoría de edad, no hizo caso a nadie.

Sí, eso fue en este... 18 o 19 capaz tenía ahí. Era más chico, él. 21 años, él cuando cumplió los 21 años ya hizo lo que se le dio la gana. Fue ahí cuando lo llevamos a Manantiales. Y después ya enseguida el muchacho me dijo que no, que era para el psiquiatra, y yo, llegué de allá, ese mismo día lo llevé al al Vilardebó". (M2 y Pd2).

En relación a sus vínculos sociales, refieren:

"Pero de un tiempo acá empezó a separarse. O los otros empezaron a separarse. Y después como a los 22 años, después que estuvo internado, antes iba a los bailes con los chiquilines, incluso con muchachas. El iba y la

gente ahora me dice yo me acuerdo lo que era “L”. Íbamos a bailar juntos. Yo me acuerdo lo que él era. Porqué se puso así, ¿qué le pasó?” (M1)

“Hasta 3ero. Porque ahí comenzó que, ahí tenía otro comportamiento porque estaba de novio y se salía de las clases. Me llamaron como dos veces el adscripto y ahí dijo que no quería ir más. Que iba a querer si se pasaba afuera de la clase”. (M1)

Desde el relato de la madre, los amigos manifiestan la presencia de un cambio a nivel del comportamiento de “L”. Según las distintas miradas, “L” presentaba un funcionamiento previo, adaptativo, con un buen relacionamiento social. Entablaba relaciones de amistad y concurría a lugares bailables. Este pragmatismo social, comienza a alterarse con el paso del tiempo, adoptando de forma paulatina una postura de repliegue y ensimismamiento, con cambios importantes en su personalidad. Comienza a apartarse de su entorno y mantiene vínculos básicamente ligados a la iglesia. Esta situación lo lleva a abandonar los estudios.

Los inicios de estos comportamientos coinciden temporalmente, con la construcción que se le hace a “L” en su casa. Un lugar apartado para vivir dentro del predio de su casa, aislado de su familia. Si bien se hace referencia a una necesidad de mayor independencia por parte de “L”, nos habla de las grandes dificultades que comenzaban a suscitarse, a nivel de los vínculos familiares.

Cuando se efectiviza la consulta, concurren en primera instancia a la institución Manantiales, allí lo derivan al Hospital Vilardebó, dado que le plantean que el problema principal de “L” no era el consumo. Su madre refiere: “yo lo lleve por primera vez a Vilardebó. No sabía porque lado iba a agarrar. Ahí lo dejaron”. (M1).

En esa primera internación de lo los registros de la Historia Clínica, aparece lo siguiente:

El síntoma principal que surge del cuadro es la heteroagresividad. La familia refiere que hace un año que cambió. Presencia de Delirio místico. Elementos autorreferenciales. Impresiona tener alucinaciones acústico verbales. Posee consumo de múltiples sustancias (se confirma con análisis de orina). Apragmatismo. Insomnio”. (HC).

El comportamiento agresivo se ha mantenido a lo largo del tiempo, incluso con actos violentos, rotura de vidrios, hasta violencia física hacia su madre (crisis clásticas), lo cual conlleva a una denuncia policial realizada por su hermana.

Se ha puesto muy violento. Últimamente estaba muy violento. La puerta que tenía en el cuarto la rompió. Le dio una patada y la rompió.

Ese vidrio que usted ve ahí lo rompió él. Una noche vino a golpearme y yo le dije que se fuera. Porque cuando él se pone así pasa toda la noche despierto. Viene cada 2 minutos y golpea la puerta. No deja dormir a nadie.

Entra viene camina se da vuelta y se va. Al rato viene nuevamente. No deja dormir a nadie. Ese día yo le dije que se fuera porque iba a llamar a la policía y él se dio vuelta y le pegó no sé si una piña y rompió el vidrio. ...A veces pienso que tiene dos personalidades. Porque a veces viene e insulta. Yo hace años que vengo con esto y yo le dije que no te voy a permitir nunca que me levantes la mano. Porque la última vez me empujó. No lo voy a permitir (M1). No él con nosotros no habla. Él cuando habla es para pedir algo o justamente para cuando insulta cuando dice algo. Cuando se pone agresivo. (M1).

Es importante resaltar algunos fragmentos de estas citas, donde la violencia y la agresividad tienen cabida y vienen a ocupar el lugar de la palabra. Su madre resalta la no existencia del diálogo. Cabe preguntarse qué es aquello de lo que no se habla, y que se pone en acto. Algo del orden de la frustración se pone en juego, donde el otro no cumple con el deseo propio. La madre trae en su discurso las dificultades para vincularse con "L", estableciendo una modalidad basada en la mutua proyección de componentes agresivos, imposibilitando el encuentro entre ambos.

Estos contenidos, configuran el motivo de consulta de la última internación de "L", dado que la convivencia de tornó intolerable. En esos momentos y según refiere el psiquiatra del Hospital, el funcionamiento cotidiano se encontraba alterado, presentaba un comportamiento apragmático y las conductas heteroagresivas predominaban en la presentación del cuadro clínico. En la esfera basal se encontraba alterado, el insomnio de conciliación y la alimentación; por otra parte presentaba alteración del lenguaje con soliloquios y a nivel del contenido del pensamiento emerge los aspectos paranoides; potenciando las características hostiles de su personalidad. El principal destinatario de la ideación paranoide proyectaba en la figura de su cuñado.

La psiquiatra de sala relata:

... Muy apático, muy apragmático... Empezó a estar muy inquieto, eh... Tenía elementos de heteroagresividad, que nunca había pasado y este... Estaba, primero totalmente perseguido con el cuñado y, perseguido con el barrio, entonces se había medio encerrado en la casa, este... Lo notaban que tenía

soliloquios, este... Él ya venía así pero hubo algo que se puso peor que pensaron... Había amenazado de muerte al cuñado y... No sé si no llegó a tener una crisis clástica, no sé si no rompió muchas cosas... Algo de crisis clástica le pasó también pero empezó a estar muy agitado...no dormía de noche ...como conductas también muy bizarras, muy este... Y ahí se asustaron, entonces hicieron la consulta..(P1).

Durante la internación, la psiquiatra refiere que se mantuvo apartado del resto de sus compañeros, que no generó vínculos con otros, ni participó de espacios de rehabilitación. Las estudiantes por su parte comentan que durante su internación, siempre lo encontraban apartado del resto, sin entablar ningún vínculo, permanecía acostado en su cama.

La médica psiquiatra de la policlínica refuerza esta idea y refiere: ““L” presentaba un comportamiento muy hostil y con ideación delirante de daño y perjuicio. Un importante grado de desconfianza”. (P2)

Estas ideas le afectan su vida de relación, dado que el sentimiento de enojo, le desencadena actos y expresiones violentas. Podría vislumbrarse aquí como el vínculo con su familia, potencia en “L” sus componentes agresivos. A través de sus palabras se ilustra esto: “Ahí está, son por discusiones, problemas por discusiones, en mi casa es siempre discusiones, no hay paz en mi casa pero gracias a dios acá, en mi cuarto si porque tengo mi cuarto”. (L1)

Su cuarto, implica un espacio dimensional que lo protege y aísla del resto. Un lugar que lo preserva de la violencia externa y de su propia violencia. Lo aísla de otros, pero a su vez también lo protege de un daño, de un ataque.

Es importante resaltar que “L” no se define como una persona violenta, sino que refiere que él lo hace a modo defensivo: “Capaz que yo soy un poco violento. No es ser violento, es lo que yo digo ser guapo. Hacerse valer y hacerse respetar”. (L2).

Existe una mezcla de afectos: hostilidad y el amor. Por momentos refiere que él actúa de esa manera porque su cuñado le falta el respeto a su madre. Entonces él tiene que actuar de alguna manera para hacer valer su lugar. Un lugar de hijo que sale en defensa de su madre, en un intento de reasegurar su lugar en la familia: el de ser “hijo”. Algo que él se cuestiona como se verá más adelante. Bion (1986) refiere en relación a esto la expresión de sentimientos y emociones negativas, que no permite la posibilidad del crecimiento y de evolución. Se pone en juego la dificultad de aprender de la experiencia, con una predominancia de vínculos hostiles (-L), (-H) y (-K).

Por momentos surge en “L” la necesidad de deshacerse de objetos y personas que le pueden ser gratificantes (amigos, familia, objetos de su cuarto), se aleja de la familia y se despoja de contenidos que puedan cuidarlo y cobijarlo; como si de alguna manera, pretendiera vaciar su mundo interior de objetos relacionados con su madre y dejar aquello que él considera necesarios para sí. Implicaría un intento de deshacerse de esta madre invasiva que se le mete adentro (muebles, cama, etc.). A saber: “La guitarra la había tenido que vender porque necesitaba dinero”. (L2), “Yo mi cama la quemé en el invierno en la estufa porque hacía frío”. (L2), “No, estoy durmiendo muy bien si. Muy bien. Pero me pintó dormir en el piso. Más cómodo para sentarme. Porque yo me siento mucho en el piso viste”. (L2).

Se ilustra en estas frases, una sensación de soledad y desprotección. Debe deshacerse de algunas cosas para protegerse de un mundo hostil, frío.

Su madre refiere al respecto:

El un día, ese día que tuvo problemas yo dije no. Había roto la puerta de él. Había quemado la cama. Según él no tenía leña. Tenía una hermosa cama de madera y la quemó. Como no tenía cama, sacó el colchón y lo puso ahí para dormir (señala el comedor de la casa de ellos). (M1).

Desde una lectura psicoanalítica, ese cuarto podría simbolizar el útero materno, donde él se resguarda del afuera, pero también donde lo despoja de contenidos que considera innecesarios. Ese mundo construido, por momentos se torna poco cálido y comienza a deshacerse de las cosas que lo habitan, como forma de procurarse calor. En ese afán de buscar un confort que no encuentra, se va empobreciendo, despojándose de contenidos-cosas. Se encuentra con los retazos de aquello que construyeron para él. Sería posible pensar que este espacio-casa-útero no logra contener, ni satisfacer sus necesidades. Le refuerza un sentimiento de desprotección y soledad. Se despliegan y evidencias sentimientos ambivalentes, entre tener un “lugar” y no tenerlo. “L” no necesita una casa, sino sentir que es alguien para otros, tener un lugar en el seno de su familia. A pesar de ello, en un momento de agudeza, toma su colchón y se va para la casa de sus padres, refiriendo que tiene frío, buscando refugio. Ante la vulnerabilidad y la necesidad de ser parte, regresa a la casa materna.

En este contexto de violencia, la madre llama a la ambulancia para ser internado. Con posterioridad a la misma, la familia refiere poder observar a un “L” diferente. Diferente en cuanto a su aspecto general, desde su semblante, sus ojos, su sonrisa. Evalúan de forma muy positiva el cambio en la medicación, el inicio del tratamiento con Clozapina. Manifiestan

su preocupación porque al alta continuó con este tratamiento y se observan muchas resistencias desde “L” en la adhesión al mismo por los efectos secundarios que trae aparejada la medicación.

Su madre comenta:

Como ahora no, como ahora no. Sí, algunas veces salía como si él se quedaba sin planta, este, salía, y tocaba en el ómnibus; pero como ahora no, como ahora no. Porque él nunca estuvo, este, como dicen, también, nunca ha mejorado tanto como ahora, con esta última internación. Que, este, este yo, siempre digo, que fue la primera medicación, la que le dio la doctora allá en el hospital, él cuando salió, cuando salió del hospital, hasta la cara había cambiado. La sonrisa, los ojos, todo. Fue una pena tremenda que él hubiera dejado la medicación. Él cambió totalmente. Pero, claro, ya después lo dejó, cuando fue acá con la doctora “S” le pidió que le cambiara la medicación, que le hacía mal, que, y no, y no, como es, para mí que esta, ta sí, le da resultado, el pasa tranquilo pero no, no como aquella. La medicación que le dio la doctora...” (M2)

Pese al cambio de medicación la familia menciona que fue posible mejorar la comunicación. Que en el último tiempo se encuentra más comunicativo, transmitiendo a su familia lo que necesita, lo que él quiere, sin hacer uso de la violencia, sin necesidad de gritar. La familia transmite que el haber hablado con las acompañantes le ha posibilitado el poder conversar con ellos también. “M: Digo, él ha mejorado. Hay algunas cosas en las que ha mejorado hay otras como que sigue igual, como, en la terquedad esa que tiene él sigue igual. Sigue igual. (M2).

M: Está más comunicativo, de todo. Y yo pienso porque él ha mejorado, no sé si en la enfermedad de él digo pero, él, en la comunicación mejoró (...), antes no, se le cantaba dar una vuelta, se iba, volvía, pero no, no conversaba tampoco”. (M2).

Las acompañantes sintetizan la percepción de su familia en relación al cambio en la actitud de “L” asociado al seguimiento:

La madre más que nada que era la que siempre hablaba, que a pesar de tener dificultades con su hijo veía como un avance de poder hablar las cosas o poder intentar por lo menos hablar las cosas de una forma no tan violenta. También agradeció mucho el acompañar., que su hijo tenga un espacio con nosotras, que no será el espacio hospitalario, que tenga un espacio para

hablar de sus temas privados que creían que eran necesarios, mismo “L” lo manifestaba que era un tema necesario” (A).

Se destaca la posibilidad de transmitir contenidos mediante la palabra. No a modo de gritos y enojos sino diciendo aquello que lo enoja.

No, él, a veces si le pasa alguna cosa él viene y te dice. Por ejemplo, cuando se pelea, va cuando él ve algo malo del cuñado, él viene y me lo cuenta. "Viste, yo te dije que lo corriera a éste. Te dije, vos lo dejaste estar mucho tiempo, te dije, correlo". Yo para mí que la mitad de todo eso es celo. Es celo. Fijate que él, los otros días ellos hablaron de ir a pescar y no sé qué, y él dijo "Papá va a ir a pescar?", yo le digo "Sí, va a ir a pescar. En estos días cuando salga de licencia va a ir a pescar". "Sí porque yo quiero ir a pescar con papá." "Y bueno, y vas a ir" "Si pero con papá solo, y con Juliana. Yo con él no voy" (M2).

En relación al cuñado, si bien se observa que su presencia lo afecta, ha intentado mantener una postura diferente. Intentar evitar aquello que antes lo desbordaba. Refiere que según lo trabajado en el seguimiento le permitió pensar en otras vías posibles e incorporar otras herramientas para mantener una distancia en relación al otro.

Hablábamos de él. Tomé esa postura de no ocuparme. Ellas me decían evitalo, vos sos más diplomático, yo lo que hago lo evito. A mí no me gusta la violencia. No me gusta pelear como animales. (L2)

Ante la dificultad de mantener alejado de sí a su cuñado (objeto persecutorio) vivenciado de manera dañina y amenazante; se requiere la puesta en marcha estrategias que favorezcan una distancia que le permitiera poder continuar con su vida. Surge aquí una clara indiferenciación yo-.no yo planteada por Freud (1913), donde el otro (mundo exterior-objetos), se “mete” dentro de sí, poseyéndolo. “L” quedaba captado por la figura del cuñado proyectando aspectos en él con los cuáles se identificaba. Se analizará detenidamente este vínculo en la categoría de los vínculos familiares, donde en términos generales priman contenidos primarios, envidiosos, que imposibilitan un vínculo. Bion (1986) refiere, que en aquellos vínculos donde predomina lo destructivo, el otro se transforma en un objeto amenazante, persecutorio, imposibilitando la construcción de un vínculo sano. Su cuñado ocupa el lugar del perseguidor, quien viene a atentar contra su propio lugar dentro de la familia y en particular en el vínculo con su madre. Un ser (objeto bizarro) que amenaza con perder el lugar de hijo al lado de su padre; generando un no vínculo (-K). La búsqueda de estrategias de afrontamiento, son útiles a la hora de pensar la dificultad de asimilación del



otro y la aceptación. El otro-cuñado sigue ahí ocupando ese lugar amenazante. Entonces es necesario evitar esa situación desarrollando estrategias que permitan efectivizarlo.

### **Integración de los resultados de las escalas.**

En relación a esta categoría, se observa una correspondencia con las escalas, donde existe una variación a nivel de la sintomatología positiva de la escala PANSS-P. Se detectó variación en los ítems de: disminución de los delirios, del comportamiento alucinatorio, de la excitación, de la suspicacia y de la hostilidad. La variación fue de 1 punto por ítems a excepción del último (hostilidad) donde varía en 2 puntos. Asimismo en la escala PANSS-N, se ha detectado una mejora en relación al retraimiento social, contacto pobre, retraimiento afectivo, y ausencia de espontaneidad, lo cual se correlaciona también con esta categoría.

En la escala PANSS-G se observan variaciones en los siguientes ítems: ansiedad (1punto), inusuales contenidos del pensamiento (1punto), ausencia del juicio y la introspección (ya explicitado), control deficiente de los impulsos (1 punto) y preocupación (asociada a los pensamientos internamente generados) (1 punto). Estos aspectos demuestran una correlación entre el análisis de los discursos y las variaciones de las escalas.

### **D) Adherencia al Tratamiento**

La adherencia al tratamiento implica la capacidad de una persona de comprender la importancia de un tratamiento y poder adherirse o adecuarse a él, como el término lo indica.

En el caso de las patologías mentales, la importancia de la continuidad en el tratamiento, o la adherencia al mismo (desarrolladas en el marco teórico), es un elemento nodal a lo hora de pensar la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Se vislumbran a lo largo del análisis diversos factores internos y externos en la vida de "L", que influyen negativamente en la posibilidad de adhesión al tratamiento o la continuidad del mismo. Ambos conceptos son utilizados como sinónimos, pero aluden a nociones diferentes: el primero implica la totalidad de las terapéuticas del paciente, en tanto el segundo remite exclusivamente al tratamiento farmacológico.

Entre los factores antes mencionados se destacan: la no conciencia de enfermedad, la aparición de síntomas secundarios a la medicación, consumo de tóxicos, vínculos que se establecen con el personal sanitario, la estigmatización y la existencia de referentes o la figura de un cuidador que fomenten el vínculo tanto con el personal sanitario como con la toma de la medicación, entre otros.

La dificultad en la adherencia al tratamiento, configuró un eje transversal del proceso; y ha sesgado su vida, desde el momento en que se inicia la enfermedad.

A diferencia de los otros capítulos, donde se desarrolla un análisis que como hilo conductor mantiene una cronología del proceso, en esta oportunidad se centrará la mirada en los factores predictores de la adherencia al tratamiento, desarrollados en el marco teórico. Esto permitirá analizar la implicancia de “L” en su propio proceso, así como también los factores externos que inciden como obstáculos y facilitadores en el mismo.

### **Factores Predictores:**

Como primer factor se analiza la **falta de confianza en el personal sanitario**; implica un componente nodal en lo que hace a los tratamientos y al vínculo que los pacientes establecen con el personal sanitario, dado que el promover un vínculo de confianza y contención, posibilita sentar una base más sólida en la continuidad o adherencia al tratamiento. La referencia al personal sanitario, incluye la gama de los profesionales, técnicos y no técnicos que se encuentren vinculados al mismo.

Se inicia este apartado intentando conocer y comprender la vivencia que “L” ha transmitido a lo largo de este proceso en función de las diversas terapéuticas que ha experimentado y el vínculo generado con los técnicos.

“L” manifiesta de forma verbal y a través de actos, su sentir sobre los tratamientos: en una primera instancia, (que corresponde a los recuerdos de su primera internación), manifiesta que se sintió torturado. Se cuestiona y dice, “no sé si fue así” (“L1”); pero él lo significa desde ese lugar. El aplicación del tratamiento con electroshock, sin una explicación (según refiere), configuró en una experiencia traumática. Se genera entonces un cuestionamiento acerca del lugar que se le otorga al paciente en relación al tratamiento; queda ubicado en un lugar de objeto. Se genera aquí una vivencia de desobjetivación en la medida que son otros los que deciden acerca de sí, no considerando el sentir del paciente. Esto habla de las dificultades de los técnicos en generar un vínculo con el paciente, donde él pueda comprender (en la medida de sus posibilidades), las razones de la indicación de determinadas terapéuticas.

Se detenta una omisión en transmitir información que el paciente necesita conocer acerca de los efectos y consecuencias del tratamiento; generando muchas veces efectos devastadores, condicionando asimismo su confianza en relación a las futuras terapéuticas. En este sentido el modelo de recuperación propone empoderar el sujeto en su propio proceso de rehabilitación accediendo a ejercer su derecho a preguntar y opinar acerca del mismo. El seguimiento terapéutico, propone y enfatiza en esta modalidad de intervención,

generando que el paciente pueda comprender algo de lo que le sucede y ser protagonista de su proyecto de vida.

Así lo transmite y así lo vivió:

Fue como un chiste, entonces se ve que a la directora o no sé a quién o a quienes no les gusto el chiste y me llevaron a la fuerza a un lugar donde yo no sabía dónde estaba y me dieron lo que yo le digo que es tortura pero no sé si es tortura o es electroshocks. Después del electroshock, siento que me arruinaron la vida. (L1).

Claro, porque era un liceo extra-edad. Era un liceo extra-edad y... Y el tema es que después de lo del electroshock, el electroshock como que me jorobó, me jorobó... (...)

E: ¿Alguien te explicó alguna vez qué es lo que te genera el electroshock?

L: Quizá... Quizá, no fue el electroshock, quizá no sé ni lo que me hicieron en la cabeza, ¿entendes? Pero fue la peor parte de mi vida, cuando recibí la anestesia, anestesia en las venas y eso es horrible, es algo muy feo, no le gusta a nadie, entonces eso me lo hicieron a la fuerza, yo no lo quería hacer. Pero, ¿por qué nos hicieron eso a la fuerza? Porque nosotros somos pobres, mi familia somos pobres entonces, no tenemos la posibilidad de decir: - no nos hagan esto. Entonces, nos... (...) Ahora, si yo tuviera un abogado y les digo: no. Con lo que yo digo que está bien, que yo en mi cabeza estoy pensando bien, está bien. Ahora, ¿qué es lo que yo hice mal? Eso, dije ese chiste, que mi abuelo era Gardel y por eso me llevaron... (...) Todo eso pasó porque pasó y ta, y yo no tengo resentimiento con nadie". (L1).

Se resalta aquí el dolor con el cuál transmite su vivencia. Durante las entrevistas, reitera de manera incesante la necesidad de ser escuchado y comprendido (reitera en la entrevista: "¿entendés?"). Necesita que lo entiendan, que lo escuchen, que le expliquen, que no lo discriminen. Más allá de su enojo en relación a la terapéutica empleada, es su dolor ante el lugar del no ser. Del no tener. Relaciona la no posesión de dinero con el no ser escuchado.

Se observa una ausencia en relación a la contención del técnico, no existe un espacio que habilite el diálogo, donde contener las angustias y ansiedades del paciente. El no comprendió que sucedió, no recibió una explicación del porque emplearon esa terapéutica. Aún el dolor persiste y se transmite.

El alcance de las acciones de los técnicos, van más allá de lo impensable. La familia transmite en una entrevista que "L", con posterioridad al alta, renuncia a su trabajo como

forma de perder su cobertura mutua; esto se produce como consecuencia del mal vínculo generado con la médica psiquiatra, abandonando así el tratamiento.

Es importante pensar a la luz de sus dichos, que estrategias se pueden implementar desde lo asistencial, para poder paliar los efectos nocivos de estos tratamientos. La angustia y la violencia vivida no se expresa únicamente por lo invasivo del tratamiento; habla de la violencia vivida de no haber sido sujeto de derechos y no recibir una explicación acerca de las razones para emplear esta terapéutica. El dolor más intenso surge al sentirse un objeto de otros, manipulado por otros. Donde su dignidad como ser humano desaparece.

Cabe señalar que los momentos de reagudización de una enfermedad, el paciente no posee conciencia, ni tiene la capacidad quizás para discernir y comprender lo que sucede. Pero una vez superado este proceso, no existió devolución alguna acerca de su situación, ni de las terapéuticas utilizadas.

Durante el seguimiento puede poner en palabras e incluso apelar a su creatividad con las vivencias ocurridas a raíz del tratamiento con electroshock.

“Me hicieron trampa, me internaron sin decir por qué, me torturaron con electroshock, todo esto que padezco es por causa del señor, mantente vivo y resucitaré.... Yo lo que veo es que “S” (psiquiatra de policlínica) trata de ayudar, pero que ayude a los que tienen problemas no a una persona que tiene el corazón hecho pedazos por la droga. (RA)

Sobre esta segunda internación en la Mutualista privada la madre refiere que al alta le transmitieron lo siguiente:

Le dieron la medicación y le dijeron que se tenía que seguir controlando, pero no le dieron hora en policlínica. Nunca me dijeron tráigalo a la policlínica ni nada”. (M1) Y ahí renunció. Ahí fue cuando estaba en “X” y él se había peleado con la Dra. y no quería atenderse, entonces renunció. El fue lo que dijo. Que había renunciado porque así se quedaba sin la mutualista. Incluso yo hablé con el hombre y le decía porque lo iba a despedir y el hombre me decía que no, que él se había ido. Y él me dijo que si, no denuncies nada porque yo renuncié voluntariamente. (M1).

Sobre la tercera internación: con posterioridad al alta del Hospital Vilardebó, comienza un tratamiento en la policlínica del hospital.

M: Él estaba tratándose con el Dr. “R” allá en la policlínica. Y se daba el inyectable por mes y unas pastillas más. Durante un tiempo estuvo bárbaro, pero un día dejó de darse la inyección y dejó de ir. No tomó más los

medicamentos. En esta oportunidad estuvo dos años en tratamiento y lo pudo sostener. (M1)

“L” dice al respecto:

“R” (médico de policlínica) me entraba, eran dos palabras, y me sacaba, aquello era como un trámite; él se daba cuenta que yo no tenía nada, que ocupaba lugar. (RA)

Podría decirse en primera instancia (tal como se desarrollará en el capítulo sobre el vínculo con los técnicos), que la continuidad de los tratamientos, va de la mano de las características del vínculo que desarrolle con el técnico y en la medida que se siente escuchado. Incluso logra incorporar acciones nuevas (participó en Centro Diurno de un taller). Aquí se deja traslucir como la transferencia que se establece con el técnico, habilita la continuidad del tratamiento.

De su última internación:

Desde el discurso de la psiquiatra de sala, aparece una conexión directa entre la ausencia de conciencia de enfermedad y la falta de adherencia al tratamiento:

... Cero conciencia de enfermedad, no quería recibir tratamiento, este... Todo un tema para aumentar las dosis de la... Clozapina y hasta el día de hoy dudo que pueda continuar tomándola. (P1).

El tomaba 2 clozapina y fue un drama y tuvimos que repartirlas en el día y no pude subir más de 300 de clozapina, haciendo un pacto que iba a tomar eso, porque si no estaba seguro que la iba a dejar. E: Porque él sentía que le iba a venir un paro cardíaco.

D: A sí. No tiene nada por supuesto. Le hicimos todo lo cardiológico.

Y él decía, pero tengo un soponcio. Todo un tema. Además en una época nos dimos cuenta que él empezó a andar mal en la sala y nos dimos cuenta que no la estaba tomando. Engañaba a los enfermeros, se la ponía acá y le quedaba acá. (P1).

E: Entonces ustedes dicen que él mejoro después que salió del Hospital,

M: Sí mejoró, pero si se tomara los medicamentos sería mejor. El estaría perfecto. El lo que dice es: mi enfermedad no tiene cura.

Yo le digo que si el toma la medicación va a tener una mejor calidad de vida. Vas a poder estar bien y vas a estar con tus hijas. Porque así lo único que conseguís es que ellas se alejen. (M1).

En palabras de la psiquiatra de sala, surge que al egreso, “L” se encontraba compensado de su sintomatología, pero con una adherencia al tratamiento muy endeble. Si bien se realizaron algunos pactos y se pudo escuchar su demanda o su necesidad, sus antecedentes de abandono de los tratamientos, permite inferir que la continuidad del mismo peligra. Si bien los acuerdos permiten que el paciente pueda aceptar en cierta manera la toma de la medicación, la estructura hospitalaria oficiaba de sostén. Al egreso de la internación “L” buscó estrategias para no tomar la medicación. Es importante señalar aquí, como frente una situación con tanto nivel de complejidad en la toma de la medicación, se le suministra un psicofármaco que requiere una continuidad a nivel de la toma y controles estrictos en sangre, por los efectos adversos que dicha medicación produce. En este contexto de resistencia al tratamiento, la psiquiatra indica una terapéutica que no va acorde al funcionamiento de “L” y no considera su petición del inyectable.

Gines (2006) enfatiza en la importancia de enlazar estos componentes del proceso. Intentar generar ligazones entre lo que uno considera mejor para el paciente, el deseo de él mismo y la posibilidad de diseñar una estrategia terapéutica que permita capturar todas estas variables, como forma de dar una continuidad al tratamiento y generar una mayor adherencia; procurando así una mejor calidad de vida para el paciente.

En el problema de investigación, se plantea las dificultades existentes en los pacientes de “puerta giratoria” y aquellos “recidivantes”. Los primeros designan aquellos donde las estrategias pensadas para ellos estaban condenadas a fracasar por ser inconsistentes con la realidad del paciente, por la falta de apoyo a nivel de la red social y diversas variables (Linares, 2002). Los segundos se deben a razones exclusivas del paciente. Desde este caso en particular, se observa como la estrategia de tratamiento estaba condenada a fracasar desde el comienzo, dado que “L” durante la internación, ya presentaba rechazo a la ingesta de los medicamentos.

Del análisis de la presente situación clínica, objeto de este estudio surge que los efectos secundarios de la medicación, es uno de los indicadores, que atentan de manera directa contra la continuidad del tratamiento. Se observa asimismo que no se produjo un trabajo de psicoeducación con el paciente y la familia, configurando a partir de ello la estrategia de intervención. Un espacio que propicie la comprensión acerca la enfermedad y el tratamiento farmacológico, tanto para el paciente como para su familia, según se cita en el marco teórico a través de los postulados de García (2010). Es necesario que en el momento de producirse la remisión de la sintomatología, se deba reforzar el abordaje de modo que el paciente logre evaluar positivamente la administración de esa terapéutica y

pueda comprometerse en la continuidad de la misma. El vínculo transferencial y la confianza que se establece entre el paciente, equipo técnico y familia, es nodal a la hora de promover una mayor continuidad del tratamiento.

De las diversas internaciones surgen experiencias divergentes: en la primera internación no se logra ninguna adherencia, dado que los padres lo retiran el otro día, contra voluntad médica; quedando trunco el tratamiento. En la segunda internación, los efectos de la misma fueron devastadores para “L” y condicionaron la mirada en relación a su enfermedad y determinaron su posicionamiento frente a la misma. La ecuación tratamiento-electroshock-tortura, quedó como una marca, como un estigma que lo acompaña. Si bien sus interpretaciones posteriores y las consideraciones sobre la pobreza de su familia, configuran una historia creada a modo de explicación, cabe preguntarse si esa construcción no fuera promovida desde la realidad.

Algo allí de lo no hablado se configura en lo ominoso, lo temido. La enfermedad queda unida al castigo, a aquello que debe ser erradicado.

Las vivencias que “L” y sus palabras, evocan recuerdos de los primeros hospicios, donde se encerraban a los locos y pobres (tal como se refiere en el marco teórico) para mantenerlos alejados de la sociedad. Eran objeto de las ciencias, donde su sufrimiento y su pensar, quedaban excluidos; no eran escuchados.

Estos sucesos han tenido consecuencias que se transmiten en acciones. “L” deja de trabajar como forma de sentir que puede hacer algo con ese dolor que siente que otros le infringieron; entonces corta el vínculo con la institución-mutualista. Como pensar este acto: ¿autodestructivo o autocuidado?

Una falla en los sistemas, en las instituciones, tiene que ver con el lugar que se le otorga al paciente, con la dificultad en hacerlos partícipes y empoderarlos en su propio proceso de rehabilitación. En particular los pacientes con patologías psiquiátrica y en especial la esquizofrenia, por ser una enfermedad incapacitante, excluye al sujeto portador de la misma, de toda posibilidad de acción. Donde son otros quienes deciden acerca de sí y de su tratamiento.

Este aspecto convoca a pensar en el terreno de la estigmatización, donde determinados actores de la sociedad, son excluidos y ubicados en un lugar pasivo, sin posibilidad de autonomía. No se les brinda una explicación, no se otorga sentido a lo que sucede; ni a él, ni su familia. Esta última reclama: “no nos explicaron que teníamos que continuar con el tratamiento” (M1). Se genera aquí la interrogante: la familia ¿requiere saber acerca de lo que le sucede a su hijo? La familia ¿puede cuestionarse sobre éste hijo? Surge de forma reiterada la responsabilidad puesta afuera. Son los otros los que tienen que hacer y decir. Hay una dificultad de pensarse en función de sus responsabilidades y competencias.

En los relatos de las internaciones posteriores, aparecen vivencias o realidades diferentes.

En el encuentro con el médico de la policlínica “L” refiere sentirse persona. Transmite que le despierta confianza y le otorga una tranquilidad diferente a otros técnicos. No se siente ubicado en el lugar del “loco”. Esta situación remite a pensar nuevamente en la estigmatización que sufren los pacientes con patología psiquiátrica, donde se sienten desprovistos de subjetividad y cosificados por el otro (técnico). Al proyectar la responsabilidad en el otro acerca de su patología, “L” no puede pensarse en relación a la misma debido a la **falta de conciencia de enfermedad** (desarrollada en la categoría A); éste aspecto configura otro de los factores predictivos propuestos.

La **intensidad del tratamiento (número de dosis y fármacos) y su complejidad** constituye otro de los factores predictivos. Surge del relato de “L” que la medicación suministrada es un componente fundamental, dado que el psicofármaco es inyectable (de depósito), fue valorado positivamente por él. Como se hizo referencia en el marco teórico, en diversas oportunidades la medicación en comprimidos, hace que el tratamiento se torne más engorroso y que atente contra la continuidad del mismo. El facilitarle al paciente el suministro de los fármacos, sea por vía oral o inyectable, favorece la adherencia al mismo.

En la última internación la psiquiatra de sala menciona que el tratamiento medicamentoso, formó parte de una negociación permanente, en tanto es tenido en cuenta como negociador. Por un lado se lo reconoce y se considera su pedido; por otra parte, pese a las resistencias enunciadas por los efectos secundarios que la terapéutica le causa, se insiste con indicarle el mismo fármaco.

En este sentido, en España existe el antecedente de un estudio efectuado con el personal de la salud que trabaja con pacientes con esquizofrenia; surge como resultado del mismo que una de las estrategias principales para incrementar la adherencia al tratamiento se relaciona con: “mostrar interés por sus problemas y necesidades, animar al paciente a que explique sus dificultades para tomar la medicación y desarrollar psicoeducación específica para el paciente” (García,2010,p.8).

La importancia de agenciar al paciente en su tratamiento y responsabilizarlo respecto al mismo, promueve la implementación del nuevo modelo de atención. Éste implica un cambio de concepción en relación al lugar subjetivo que se le otorga al paciente en su proceso de rehabilitación. El médico deja de ocupar un lugar de hegemonía a nivel de la terapéutica, para así empoderar al usuario desde un lugar del saber; considerando sus necesidades e intereses. Este modelo promueve un cambio paradigmático e ideológico, a nivel asistencial dentro del sistema sanitario de ASSE. El usuario deja de ocupar la figura del loco (tal como se lo vivenciaba en los hospicios), pasando a ocupar un lugar de sujeto-



ciudadano con derechos. De ahí que la terapéutica deja de ser pensada por otros e “inoculada”, intentado que el otro se adecúe al modelo impuesto; para pasar a constituir una estrategia de intervención en conjunto con el usuario. Estos cambios a nivel de modelo, tiene sus oscilaciones. Su implementación posee vaivenes producto de las dicotomías disciplinares e ideológicas. Este aspecto se desarrolla detenidamente en la última categoría, en la cual se analiza el vínculo con los técnicos y las acompañantes.

En última instancia se congregan los factores predictores que aluden a la: **falta de continuidad entre los distintos dispositivos y recursos de la red** así como la **ausencia de un cuidador principal o la sobrecarga de éste.**

Ambos factores si bien abarcan contenidos diferentes, se encuentran mutuamente determinados. En primera instancia y a la luz de la situación clínica presente, ambos factores incidieron en la pérdida de la continuidad del tratamiento farmacológico.

Por un lado no existe desde el entorno de “L” un cuidador que pueda asumir la constancia y la permanencia en relación a los cuidados y más específicamente en fomentar la continuidad del tratamiento. Del relato familiar, surge a modo manifiesto que se encuentran muy desgastados por el largo proceso de la enfermedad. Los dispositivos asistenciales ambulatorios a su vez, tal como surge del estudio, no promovieron la continuidad del mismo. Si bien la psiquiatra tratante de la policlínica resalta de manera positiva el vínculo que pudo establecer con “L” en el lapso de tiempo en el que mantuvo el tratamiento; los efectos secundarios de los psicofármacos, producen que tome la medicación con irregularidad.

La médica de la policlínica sintetiza así el proceso:

Comenta que la madre concurrió a la primera entrevista, donde pudieron conversar pero de manera limitada, generando ella la expectativa de poder volver a tener otros encuentros en la medida que avanzara el tratamiento, lo cual no sucedió. (P2).

Las acompañantes refieren lo siguiente:

Durante el último período “L” comienza tomando Clozapina, luego se le cambia a un inyectable Haloperidol, diferente a la medicación que él refería haber recibido con su médico tratante anterior que era Piportil. Luego de ahí solicita cambio nuevamente y se le reintegra la Clozapina. En esos momentos las acompañantes logran comunicarse con la psiquiatra explicitándole que no

toma la mediación y transmitiéndole que él se mostraba de acuerdo con el Piportil, tratamiento suministrado por el Dr. anterior. (A).

La familia resalta que en ocasión de la segunda internación en Vilardebó, “L” logró mantener el tratamiento por un lapso de 2 años, debido al vínculo que había logrado establecer con el técnico. Cabe señalar que en la historia clínica, figura como registro un lapso de casi 4 años; con intermitencias.

Cuando la asistencia a la policlínica cesa, no existe ningún movimiento, ni alguien que intente enlazar nuevamente con el sistema; ni de un lado ni de otro. Esta situación se reitera con la última internación. En el momento en que “L” se aleja del centro de Salud, no se genera desde la institución (policlínica) un movimiento para poder captarlo nuevamente. La reconexión con el paciente (en los casos de abandono) es una práctica que se emplea cotidianamente en dicho centro, favoreciendo la continuidad del tratamiento de los pacientes graves, específicamente con medicación de depósito: con “L” omitieron realizar dichas acciones; lo cual genera sorpresa y cuestionamiento en la psiquiatra.

Aquí se despliegan un sinfín de interrogantes acerca de los vacíos y la fragilidad del sistema asistencial; la pérdida de continuidad en los tratamientos.

Surge la interrogante: ¿es un sistema inclusivo o expulsivo? Aquí se despliegan diversas hipótesis a modo de respuesta, que requerirían de un profundo análisis, que aportan en la línea de pensar el dispositivo a la luz de las prestaciones del PNSM.

En lo que respecta al lugar del cuidador (en este caso su familia) se analiza en otra categoría más específica, dado que requiere un nivel de mayor profundidad por la complejidad que implica su modalidad vincular.

La psiquiatra de la policlínica, ante la ausencia de figuras referentes, resalta y destaca el lugar de las acompañantes como mediador entre el centro de Salud y “L” e incluso su contexto (núcleo familiar).

En el mes de Setiembre antes de su consulta, las acompañantes se contactan conmigo, para plantearme que él no estaba tomando la mediación. Que no era así. Que estaba con ideas delirantes, agresivo. Y le plantean algunos detalles de su funcionamiento (P2).

Las acompañantes transmiten su mirada:

E- claro al principio sí. Nosotros hablábamos de que le parecía participar en algún espacio, encontrarse con otras personas que capaz les pasaba lo mismo que a él pero después fue como que se derrumbó todo eso y tuvimos

que ir por otro lado que no venía por ahí, nada que ver. Mismo la adherencia fue todo un tema porque él obviamente nos decía que tomaba la medicación y en realidad no la tomaba, sabíamos que no la tomaba, se enojaba mucho cuando se le decía algo de la medicación se ponía en posición de que desconfiábamos de él, como muy hostil se ponía hasta que casi al final conseguimos que la tome, costó mucho, mucho. (A)

Sobre la medicación: “En realidad tuvo adherencia porque era un inyectable si hubieran sido pastillas hasta ahora no las toma”. (A).

Sobre la psiquiatra de policlínica refieren:

Era como que lo veía a “L” , le daba la medicación nada más y “L” no la tomaba , no sabía en realidad todo este tema de que le costaba a “L” la adherencia, hasta que “V” (una de las acompañantes) la llamo y un poco creo que no se le faltó rogarle para que no le corte , porque casi que le corta , no sé cómo fue , y porque estaba con la familia, no sé que; bueno que le tenía que decir algo importante y le contó todo este tema y le termino agradeciendo en realidad que ella no estaba enterada, ni se imaginaba todo lo que había pasado. Mi compañera le contó que se había perseguido, que teníamos un poco de miedo del pasaje al acto porque estaba muy violento, no con nosotras, porque con nosotras fue esa vez en particular., conmigo en particular, pero si manifestaba muchas cosas con el cuñado, de querer incendiarle la casa con él, el sobrino y la hermana adentro, era como muy en el limite el pasaje al acto. (...) ahí fue que pudimos hablar con ella para que le dé el piportil, (..) después “V” volvió hablar con ella para explicarle que tenía que darle el piportil si o si porque sino iba a dejar de ir a, ya el se había cuestionado un poco mas de dejar de ir a la psiquiatra porque no entendía porque no le había dado el piportil y le había dado el otro inyectable que le hacía mal. (A).

Aquí continúa hablando de la medicación y de la droga como causante de la sintomatología El **consumo de tóxicos integra otro de los factores predictivos**. Tal como fue desarrollado previamente, “L” adjudica su alteración mental y su sintomatología a la droga; no pudiendo igualmente dejar de consumir. La psiquiatra de policlínica refiere que en las instancias de consulta “L” le transmitía que tomaba la medicación. Mediante diversas estrategias, ella logra que él le transmita sus irregularidades, y se concilia comenzar a darle nuevamente la medicación de depósito, la cual le era suministrada por el psiquiatra que él

confiaba: "se acuerda con él suministrarle Piportil de depósito. El refiere estar de acuerdo dado que es una medicación que se la daba "R" y con la que él está de acuerdo". (P2).

La psiquiatra plantea que si no se hubiera contactado en dos oportunidades con las acompañantes de Psicología, ella no se enteraba de lo que estaba sucediendo con "L". Su familia en ningún momento se acercó a la policlínica o llamó para plantear esta situación: "de ahí en más, "L" concurrió solo a los controles hasta el mes de Noviembre. Luego no fue más". (P2).

En el mes de Noviembre le dan de baja del sistema de ASSE, porque el vencimiento del carnet de asistencia, el cual debía renovarlo.

Su madre frente a esta situación plantea:

Y se quedó sin medicación, sin carnet, porque dice que estaba borrado... Entonces lo mandaron que fuera a Cerro Largo, pero todavía no lo he podido convencer...

M: Pero también, ¿sabes cuál es el problema también? Que él se aprovecha también de esas cosas para zafar de la medicación. Como yo le dije "'L" no será que vos ¿te hiciste el olvidado?" El dice "No yo me olvidé" pero yo tengo mis dudas porque él, cómo es? El dijo un día me dijo a mi "Yo me dijo la doctora que éste mes no me de las inyecciones porque encima puedo tomar una cervecita" (M2).

Entrev.: O sea que él no continuó el tratamiento, ahí lo dejó.

M: sí" porque a veces me decía "Yo, voy a dejar la medicación, porque, yo no la voy a tomar más, me está haciendo mal" Incluso cuando tomaba la primera medicación, y yo decía, "Ay "L", no dejes nada, espera a hablar con la doctora, o cuando vengan con las chiquilinas" Y bueno, venían las chiquilinas y lo convencían. Lo convencían, ellas lo convencían de montones de cosas. (M1)

Las acompañantes reflexionan sobre la importancia de continuar trabajando en la línea de generar una mayor adherencia al tratamiento y profundizar en comprender más el proceso de la enfermedad, reconociéndose como un sujeto portador de la misma:

Si yo creo que si no tiene como un apoyo o un sostén que este, digamos, como que todavía necesita trabajar un poco la autonomía en cuanto a su tratamiento. Porque puede ser quizás muy autónomo en las tareas cotidianas pero no en reconocer que si que necesita tomar determinada medicación. Aparte se mostraba como muy ambivalente con los fármacos, por un lado no

porque le hacen mal porque quiere vivir al natural, (...) pero si me dan piportil que “R” me lo daba estoy mejor, estoy más tranquilo ya no me duele el pecho, no tengo esos dolores. Con “L” nos pasaba a veces que teníamos que seguir determinadas líneas que tenían que ir obviamente por el lado de su deseo, en este caso era el piportil de “R” porque si no, no había chance de que el pueda adherirse. (A).

Desde la familia, se valora en gran medida el espacio de seguimiento, donde la madre resalta: “las chiquilinas lo convencían de tantas cosas”. Este convencer alude a la posibilidad de transformación. Un espacio donde “L” podía pensarse y reflexionar acerca de las cosas. Un espacio de contención y cuidado, donde surge algo novedoso. El convencimiento no implica una auto imposición, sino un pensar-se diferente, poder incluir otras posibilidades.

Paralelamente a esta intervención, se hace imprescindible efectuar un abordaje familiar como forma de incentivar la implicancia de los mismos en el proceso de rehabilitación del paciente y generar una alianza que permita promover el acercamiento de “L” a la policlínica, con el fin de mantener el tratamiento.

Del estudio se desprende que las acompañantes quedaron ubicadas en el lugar del depositario de todas aquellas acciones que la familia no pudo asumir; se asignaron para sí las responsabilidades de la continuidad del tratamiento y un lugar de mediación. Ese lugar central, no habilitó la asunción de dicho rol por parte de la familia. Asimismo emerge del análisis, que la adherencia al tratamiento farmacológico, resultó de gran complejidad, habiendo requerido un acompañamiento más prolongado con el fin de dar continuidad al mismo. Durante el seguimiento, las acompañantes oficiaron de cuidadoras, por lo cual ante su alejamiento, se generó un vacío y el tratamiento farmacológico se vio interrumpido. Esta falencia a nivel del acompañamiento surge como resultado del estudio. El espacio del acompañamiento no propició el fortalecimiento de una red social que oficiara de cuidador. Las acompañantes asumieron para sí el lugar de la responsabilidad de ser la ligazón, sin incluir a otro referente que propiciara el acercamiento de “L” a la policlínica una vez que ellas finalizaran su intervención. Es necesario reflexionar sobre la figura del acompañante en el entendido que su inserción, tal como se citó previamente, no acompaña los tiempos del proceso, ya que se rige por tiempos académicos. Surge entonces que el acompañamiento requería de un tiempo más extenso en la intervención, en función de las necesidades del paciente y las características del funcionamiento familiar. En la entrevista mantenida con la psiquiatra de la policlínica (una vez finalizado el seguimiento), se confirma que existe una coincidencia entre la última concurrencia de “L” a suministrarse el inyectable y la finalización

del acompañamiento. Es necesario asimismo reflexionar acerca de las fallas en los sistemas asistenciales, que atentan contra la continuidad de los procesos. “L” al concurrir por última vez al centro de salud, fecha de su última consulta, no le suministran el inyectable de depósito, por poseer el carné vencido; razón que promueve su alejamiento del centro.

En el marco del estudio surge a su vez, en la entrevista con la psiquiatra (al finalizar el proceso) que desde dicha institución se efectúa un seguimiento de todos los pacientes que reciben medicación; en este caso se produjo una omisión al respecto, generando gran asombro en la propia técnica. A partir de allí surge una instancia donde cuestionar y cuestionarse el porqué no se había realizado dicho seguimiento. Se vislumbra entonces, como las fallas del sistema asistencial, promueven brechas en la continuidad de los cuidados del paciente.

Por otra parte cabe preguntarse: que sucede con “L” que no pudo afianzar un vínculo con el centro de Salud, entablando una red que logre sostenerlo y apoyarlo en este proceso. ¿Hay algo de la modalidad vincular de “L”, que promueve el desvinculo?

A los efectos de este estudio, es menester considerar que si bien el proceso de seguimiento, potenció la continuidad del tratamiento de “L” y ofició de lazo entre él y la policlínica, no logró sustentarse en el tiempo.

Esto nos permite reflexionar acerca de la endeblez en los cambios, y la necesidad de encontrar soportes que sean más duraderos en el tiempo, que permitan consolidar algunos avances instaurados mediante la intervención del seguimiento. Es necesario instrumentar e implementar a su vez en la red socio comunitaria, dispositivos que oficien de nexos entre el paciente, su familia y el sistema asistencial.

### **Integración de los resultados de las escalas.**

En relación a los tratamientos, en las escalas se pudo observar una mejoría en los ítems que indican la sintomatología positiva. Se observó una variabilidad de 1 punto entre los puntos de corte en los siguientes ítems: delirios, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia; y 2 puntos en los ítems: desorganización y hostilidad. Asimismo, la mejoría a nivel de la psicopatología general en la escala PANSS-G, se modificó en casi todos los ítems con una varianza de 1 punto, en la mayoría de ellos.

En la escala EEAG, mostró asimismo una clara mejoría entre los momentos de corte. En el inicio del proceso, la ideación delirante invadía el desempeño global y la sintomatología positiva; observándose en el último momento de corte, un descenso en dicha sintomatología, favoreciendo la aparición de otros procesos. Esto permite cotejar

objetivamente la mejoría a nivel del cuadro clínico asociado al tratamiento medicamentoso, como uno de los factores de incidencia en el proceso.

### **E) Desarrollo de la capacidad creativa: intereses y participación en actividades de ocio y tiempo libre.**

Interesa desarrollar en esta categoría del análisis, aquellos intereses que surgen desde el discurso de “L”, su posibilidad de contactarse con ellos y llevarlos a cabo. Como se hace mención en el marco teórico el disfrute del ocio y del tiempo, se encuentran supeditadas al deseo y la voluntad del propio sujeto. La exploración y el análisis de sus actividades cotidianas, el manejo de los tiempos y realización de prácticas disfrutables, permiten pesquisar sus intereses.

En este sentido, se presentaron dificultades al momento de poder decodificar su “deseo” y desentrañar su propio deseo, del deseo de los otros. Los atravesamientos discursivos (familia y sociedad) y sus características de funcionamiento, configuran una situación donde lo propio o lo ajeno se torna indistinguible. Surge del estudio la dificultad de dar lugar al deseo y los intereses de “L”, tanto desde su propia perspectiva como desde lo familiar; eje central en el proceso de seguimiento.

El ocio y la gratificación en actividades cotidianas, implica un mayor nivel complejidad en personas con un alto grado de retraimiento social. Al decir de Gisbert (2003), en las personalidades psicóticas el ocio y el tiempo libre, son prácticas cotidianas, ya que disponen de mucho tiempo para ello, resultando en general insatisfactorias. El desafío está en signar algunas actividades que resulten gratificantes.

En relación a este aspecto, durante la internación la psiquiatra refiere: “Era un paciente que no daba problemas. Vivía en su cama todo el tiempo. De gorrito tapado. Nunca quiso intervenir en ninguna actividad de nada. Ni la huerta ni nada. Nada”. (P1).

“Todo lo que sea los pragmatismos mejoró. Más dispuesto, más, tenía un pensamiento más organizado. Lo delirante bajó mucho. Bajo el calor afectivo de lo delirante. El sueño y las conductas basales también”. (P1)

Sobre la estrategia a seguir, en relación al seguimiento, se planteaba lo siguiente: “Porque en realidad el objetivo del psiquiatra tratante era la adherencia al tratamiento farmacológico que era una dificultad muy grande para “L” y luego que pueda participar en un centro de rehabilitación”. (A). Las palabras de la psiquiatra hacen reflexionar lo siguiente: como las características de un paciente con inactividad, aislamiento y poco contacto social (que refieren a sintomatología negativa), representan para la institución una persona que

no da problemas y que por lo tanto le es funcional a la dinámica institucional. Esto habilita a pensar como las terapéuticas de antes, que apelaban exclusivamente a una remisión de la sintomatología, continúan aún vigentes. Existe por tanto una brecha entre el diseño del programa elaborado para la asistencia en SM y los discursos de aquellos que desde su práctica cotidiana, deben implementarlos. Durante el estudio se observa como las lógicas del sistema asistencial resultan contradictorias. No se aúnan con las líneas estratégicas que proponen el PPSM y el nuevo Modelo de Recuperación.

En este mismo sentido surge del estudio una mirada parcializada del paciente; el único técnico que intervine en la situación de “L” fue el médico psiquiatra. En este caso particular, no existe un trabajo a nivel interdisciplinario (psicólogo y asistente social). Resulta interesante preguntarse ¿cuál es la concepción de rehabilitación que se imparte desde esta práctica clínica? ¿Qué noción de sujeto impera en la institución hospitalaria, cuando a nivel asistencial la mirada sobre el paciente incluye la perspectiva de una sola disciplina?

En la primera entrevista mantenida con “L”, en relación a su deseo e interés transmite lo siguiente:

¿Te digo lo que yo quiero hacer...? Como a futuro, seguir el camino de Jesús, ¿no? Y yo creo que el camino de Jesús lo encontraría en la iglesia. Vivo en mi casa. La dirección es XXX. No tenía ninguna, ninguna enfermedad mental ni nada de eso. Yo soy una persona que, que toca la guitarra, que hace música y que... Y que también estudia teatro y trato de seguir adelante, es la fuerza que a uno nos dice...(L1).

La familia acuerda y comparte este deseo de “L”, ya que el tocar la guitarra, es una práctica que el realiza habitualmente.

A él le gusta mucho la guitarra. Entonces como era una iglesia y el era muy creyente. Pero no dieron con la dirección. No sé si estaba mal o que, fue lo que pasó. Pero ahora acá cerca, en Agosto lo invitaron para ir a una iglesia.(M1).

La Iglesia y la guitarra, ocupan un lugar importante en la vida de “L”. Son un refugio para él y muchas veces, como ya se ha mencionado, configura un lugar de escape de otras situaciones. Desde su vivencia, Dios y la Iglesia lo mantienen a resguardo de peligros externos, allí adentro se siente protegido de otros, pero también de sí mismo. Es incesante la búsqueda de un espacio de contención, dado que la vivencia del mundo exterior por momentos se le torna muy amenazante. La realidad se convierte en un ambiente hostil



debido al mecanismo de proyección masiva donde el mundo queda plagado de objetos persecutorios. La Iglesia lugar donde él proyecta todo lo bueno e idealizado, lo salvaguarda de los objetos investidos de contenidos malos, dañinos y destructivos, que habitan en su cotidianidad (casa, vecinos, amigos). En la medida que los objetos se tornan menos persecutorios, al decir de Klein (1946), puede permanecer más tiempo en su casa, conviviendo con ellos.

En cuanto a sus actividades cotidianas, se muestra ciertamente ambivalente:

Recalca que no mira televisión, ni escucha radio, debido a que le gusta vivir de forma natural sin contaminarse. Sin embargo, se muestra ambivalente manifestando ver televisión cuando le preguntamos sobre su actividad cotidiana. (RA)

Estoy tratando de vivir más en el día, quiero ser más natural y sacar mi lado oscuro. 'tranca calles', o sea, 'tranca caminos'. Yo capaz quisiera vivir en una chacra, con una mujer, mi familia, y sacar todo esto, la tele, la radio. (RA).

De sus palabras surge la interrogante; ¿qué es aquello que "L" quiere sacar de su vida?. La radio, la televisión, son objetos que si bien ofician de entretenimiento, representan un desvinculo con otros, generando una sensación de tristeza y soledad.

A través del discurso de las acompañantes, surge que durante el proceso, la transmisión radial formaba parte de su vivencia delirante y alucinatoria; debiendo tomar distancia y desplegando así el uso de defensas maníacas, en un intento de control mágico-omnipotente. Dice: "sacar el lado oscuro, el tranca calles". Aquello que no le permite avanzar. Se deshace de aquello que lo ubica en el lugar de enfermo.

En otro sentido, su deseo de construir una familia implica aquello que es esperable socialmente, ¿un mandato social, o forma parte de su interés y necesidad?.

Durante el transcurso del seguimiento, las acompañantes plantean que algunas de sus manifestaciones iniciales se fueron modificando; esto representa una transformación en el contenido y el significado de las cosas.

Cómo se cita en un párrafo anterior, él planteaba:

Conseguirte una esposa, irse a vivir solo, pero después fue cambiando eso, el nos manifestó que él no quería irse a vivir solo que estaba cómodo en su lugar. Que lo de la esposa tenía varias contradicciones por el tema religioso, por momentos nos decía que quería tener una esposa, por momentos nos

decía que quería ser sacerdote como que iba en esa ambivalencia muchas veces pero que no lo descartaba.

Después su deseo principal era dedicarse a la música como pudiera, sea cantando en un ómnibus o estudiando; y mejorar el vínculo con su padre que era lo que más le preocupa es el" (A).

Las ambigüedades, así como las ambivalencias, son propias del no saber, del cuestionamiento del ser: ¿Quién soy y quién quiero ser? Las dificultades en poder separarse y pensarse como un ser distinto a otro (madre), hace que transite por caminos confusos y que intente probar nuevas formas de estar, de ser y su relación con el mundo. El irse a vivir solo a otro lugar, implica por un lado un intento de autonomía, pero en sí mismo, nos habla de su nivel de fantasía, que dista en gran medida de las posibilidades de concreción real.

Por otro lado emerge una visión más integrada de cómo se siente él en su casa. Por momentos surge una visión parcial del mundo y de los objetos, adjudicada a las vivencias que posee en esos momentos de la realidad. Donde según referencia Bion (1986) proyecta todo lo malo en el afuera y se identifica con ellos. El mundo queda poblado de objetos bizarros y lo vivencia en función de aquello que se proyectó en ellos. Los objetos quedan despoblados de toda subjetividad y pasan a ser cosificados. En la medida en que "L" puede vivenciar a los objetos de forma menos persecutoria, la angustia disminuye y los mecanismos de defensa que son utilizados al servicio del yo y en su defensa, ceden terreno, permitiendo comenzar a vivenciarlos de una forma más integrada. En la psicosis existe un intento de integrar al objeto (a partir de los programas de rehabilitación), como forma de poder permitir contactarse con los aspectos buenos y malos de un mismo objeto, sin lograr acceder a una relación de objeto total.

Al finalizar el proceso, en la entrevista mantenida con "L" surge lo siguiente:

No hago mucho, estoy tomando mate todo el tiempo y me estoy dando cuenta hora que estoy muy solo viste. Que tengo que empezar a salir viste. Ir a la playa. Comprar una bicicleta y salir de acá porque estoy muy encerrado yo. Muy encerrado acá. Tomando mate y solo... Estaba pensando en comprarme una bicicleta y salir a recorrer las plazas. Salir a la playa, al prado. Jardín botánico, lugares así." (L2).

Sí claro, que los otros días me dijo "Yo quiero salir un poco a la calle, quiero salir un poco con papá, pero justo papá se tiene que ir a trabajar" y digo "Ah papá se va a trabajar sí," y obvio, y además él tiene que renovar la libreta, todavía no pudo salir mucho él, manejar mucho él. (M2).

Aquí surgen dos componentes novedosos, a los efectos del estudio. Por un lado el deseo se encuentra ligado a intereses y anhelos más cercanos a lo posible. Por otro parte la proyección a futuro no se construye en base a ideales, o expectativas sociales, sino en base a los intereses que van surgiendo en los distintos momentos. Si bien se hace necesario constatar la puesta en marcha de estas actividades, logra enunciar (como se hizo mención en la categoría A), la sensación de soledad y reconocerse como un ser que necesita estar con otros. A partir de dicho reconocimiento, intenta generar estrategias que le permitan reorganizar su vida, como forma de contrarrestar ese sentimiento. En palabras de su madre, “L” está más comunicativo, ha comenzado a transmitir su sentir, su necesidad de compartir instancias con su padre.

Cómo se refirió en la categoría anterior, su madre transmite que ha mejorado en la comunicación raíz del seguimiento con las acompañantes. Puede enunciar aquello que quiere y desea, de diversas maneras.

En la última entrevista “L” plantea que pudo comenzar a realizar algunas actividades relacionadas con la música. La música ha sido un factor constante a lo largo del proceso. Los diversos estilos musicales, han marcado momentos de su vida. Algunos de ellos permanecen, otros intenta olvidarlos como forma de mantener alejadas las sensaciones y los pensamientos que la misma le evoca (dolor y la enfermedad).

La música ha oficiado de elemento liberador en su vida, un medio placentero y a su vez una salida laboral. “L” ha comenzado a tocar música en los ómnibus, sale con su pandereta y canta canciones en los ómnibus.

L: Sí toco en el ómnibus, la pandereta. Deja buena plata la pandereta. La gente de la iglesia. Porque yo toco canciones de la iglesia con la pandereta.

E: ¿A ti te gusta salir a tocar en los ómnibus?

L: Sí.

E: Es algo que estás haciendo ahora, o ya lo hacías antes.

L: Con la guitarra. Salía y tocaba con la guitarra en la Iglesia. (L2).

Frente a la pérdida de la guitarra, comenzó a utilizar la pandereta como un instrumento sustitutivo y que a su vez le permite igualmente salir y realizar dicha actividad. Esto nos habla de la capacidad de poder recrear una situación y no ubicarse en el lugar de la pérdida; apelando a la creatividad. No queda en un lugar enquistado sin poder hacer, sino que se permite innovar.

A lo largo del proceso y en el marco de la rehabilitación, se propició desarrollar aquellas habilidades que se encuentran ligadas al deseo y efectivizarlas, promoviendo los aspectos sanos y creativos de su personalidad. La necesidad de contactarse con su interés/deseo ha sido un eje que transversalizó todo el proceso. Asimismo se logró sortear diversos obstáculos que se presentaron, apelando a buscar alternativas posibles con el fin de concretarlos.

Sobre el final del seguimiento, se produce un movimiento novedoso: “L” tiene la iniciativa de concretar un mini emprendimiento. Con el dinero de la pensión compró cajas de inciensos y gestionó un puesto de venta en su casa. Refiere que su idea era vender a los clientes que concurrían al almacén.

Por su parte la familia le insistía de manera constante que trabajara en el almacén de su hermana; así como poner de manera conjunta (con su madre) un negocio donde vender productos de papelería, o plantar flores, etc. Estas propuestas no habían captado su atención por diversas razones.

En la entrevista familiar, sus padres intentan proponerle o asignarle tareas que ellos consideraban significativas para sí mismos en función de su deseo. Estas propuestas no conciben con los planteos de “L”, y no logran comprender su negativa ni sus argumentos. Se visualiza aquí una tensión entre el habilitar la posibilidad de realizar algo y controlar su vida. Su familia entiende que él no puede hacerse cargo de definir su propio quehacer.

Frente a estas alternativas, “L” resuelve construir un proyecto propio, que parte de su propia iniciativa. Las acompañantes relatan que esta idea se venía gestando desde un tiempo atrás, pero existía el temor a su concreción. Cabe preguntarse: este temor emana de sí mismo, en tanto puede llevar adelante un proyecto que es propio; o surge a consecuencia de sentir que va en contra del deseo paterno y el miedo a lo retaliativo (perder su lugar en la familia)?.

En la última entrevista “L” transmite:

Puse un...coso de sahumero viste que acá tengo (muestra un estante donde tiene sahumeros próximos a la puerta). No se vende mucho, pero... voy a salir a la calle para vender.

E: Y ¿dónde vas a vender? ¿A qué lugares?

L: Y en el ómnibus, casa por casa. Comercios, todo así.

E: Y esto es nuevo, porque antes no lo habías hecho tú.

L: No.

E: y ¿cómo se te ocurrió hacer esto?

L: Y tenía la plata y dije voy a invertir en algo para no congelar la plata, no gastarla. Para que salga la plata en algo, así invierto en algo... y compré los inciensos. (L2).

Se vislumbra también aquí una inversión en sí mismo, en un proyecto propio, para no “congelarse”. Para no quedar paralizado ante un discurso parental que lo paraliza; gastando o perdiendo cosas (¿aspectos de sí mismo?).

En este sentido es importante analizar que el vínculo que se forjó con las acompañantes, permitió empoderarlo a él en un lugar de seguridad. El pudo sostener su deseo ante la mirada de sus padres. El sentirse habilitado y escuchado desde un lugar de sujeto con deseos e intereses, le permite apelar a su capacidad creativa y construir algo propio. Algo que es avalado, promovido y no destruido.

Asimismo la familia, ubica a las acompañantes en el lugar del saber y logran escuchar y comprender aquello que ellas le transmitían. Generando un movimiento en su postura, habilitando otros espacios y una mirada distinta sobre “L”.

Desde los diversos discursos y miradas

Ahora, empezó ahora, ahora en las fiestas. Antes de la navidad, él empezó, y ha vendido incienso, ha vendido.(M2).

No, indudablemente que es lo que le quiere, porque este, tiene su bolsito y de vez en cuando sale en el ómnibus y lo vende. Lo mismo que la, las gurisas, se, se reían, porque yo decía, ta, que a mí, ellas dicen que eso es lo que a él le gusta, ellas me decían, eso de salir a tocar la guitarra en el ómnibus. Ay, a mí, yo lo encuentro tan, tan, pero ellas me dicen “No, no, dejalo porque si es lo que a él le gusta. (M2).

Por su parte “L” menciona lo siguiente: “pero a mí no me interesa eso, a mi me interesa la música, yo soy músico”, como que van coartando siempre las metas que él se va proponiendo”. (A)

Podremos observar en esta categoría, la aparición de un movimiento que permite empezar a desplegar su pensar y su sentir; el intenta identificarse con alguien: “yo soy músico”. Esta situación fue muy resistida por su familia, dado que la misma no habilita un espacio distinto y lo ubica en un lugar de enfermo sin capacidad de discernir. Se produce aquí un doble atravesamiento, a los efectos de pensar la estrategia del seguimiento; por un

lado la intervención promueve un lugar en el cual “L” puede reconocer y empoderarse de su propia necesidad e interés y por otra parte, se habilita la posibilidad de transmitirlo. Se confronta aquí su deseo, con el deseo y las creencias de sus padres acerca de él y de lo que ellos consideran que es mejor para sí. Esta escena, configuró una situación temida para “L”, pero que estaba dispuesto a enfrentar; solicita contar con el apoyo de los acompañantes para poder decir a sus padres, su sentir. Necesitaba sentir que no estaba solo. Durante mucho tiempo, su disconformidad no era explicitada por temor a la exclusión, y por lo tanto la actuaba. La agresión, representaba aquello que no podía simbolizarse a través de la palabra, la violencia vivida y sentida, puesta en acto. El seguimiento le propone otra forma posible de decir, sin actuar. Configura a su vez un espacio, un mediador entre el sujeto y su entorno, al decir de Winnicott (1972) un “espacio transicional.

### **Integración de los resultados de las escalas.**

Nuevamente en esta categoría se cotejan la mejoría a nivel de los ítems de la escala PANSS-N, donde se produce un cambio significativo a nivel de la sintomatología negativa. Se destaca en este sentido el ítem de embotamiento afectivo. En el mismo se encontró una mejoría en 2 puntos. Se resalta un cambio a nivel de sus intereses, lo cual responde a una mejoría a nivel de su apragmatismo y su retraimiento social; así como también en su desapego afectivo. La capacidad de comenzar a proyectarse, implica modificaciones a nivel de su desempeño global, lo que condice con la variación obtenida en la escala EEAG.

### **F) Desempeño de la actividad laboral**

La mayoría de los estudios o investigaciones, que exploran los niveles de inserción laboral de personas con enfermedades mentales graves, tienen por objetivo el análisis de la relación que se establece entre las ofertas de trabajo y las posibilidades de inserción laboral de los grupos más vulnerables y marginados. Aquellos que no son considerados en esta sociedad como personas hábiles para desempeñar las tareas o actividades ajustadas a la época y a los cambios tecnológicos. Desde el análisis de los diversos discursos e historias, se reconstruyó su historia laboral: en el entorno de los 22 o 23 años, “L” abandono el liceo y comienza a insertarse a nivel laboral, en distintos lugares: trabajó en el almacén familiar, luego en un invernáculo, en una empresa de bebidas y en última instancia desarrollando tareas de carga y descarga. En éste último lugar, permaneció durante 2 años y según refiere su madre era un lugar donde había sido bien recibido y tenía un desempeño acorde al requerimiento de la empresa.

Su madre comenta:

Estuvo trabajando en una empresa de la bebida y después en carga y descarga con un muchacho de acá. Fue ahí. Fue el empleo que le duró más y fue el empleado que más tiempo estuvo ahí. Estuvo como dos años. El único empleado que le duró. (M1).

De manera imprevista, “L” renuncia a su empleo, con justificaciones no concordantes con la realidad, pero que lo mantuvieron alejado desde ese momento y en adelante, de la esfera laboral, dentro de un marco legal (es decir con aportes). En ese momento su familia al no comprender la situación, pese a que “L” les transmitía que él había renunciado, concurren para ver qué había sucedido. Desde la empresa le confirman los dichos de “L”: él renunció por voluntad propia, sin haber tenido problemas.

Esto refiere a las dificultades de “L” de poder intercambiar con alguien, donde pensar otras alternativas posibles, sin llegar a abandonar el trabajo. Es factible preguntarse ¿qué entonces, ‘que lugar ocupaba el trabajo en la vida de “L”’?

Desde ese momento hasta la actualidad, “L” ha tenido algunos intentos de reinserción laboral, pero dentro del plano familiar; trabajos esporádicos e independientes. Se destaca esta situación, dado que se logró concluir, que la renuncia de “L” al trabajo, estuvo relacionada, con evitar los aportes y por lo tanto desafilarse de su sociedad; hecho que se encuentra ligado a las vivencias acontecidas en su segunda internación. Esto ha condicionado su vida, y las posibilidades de búsqueda laboral. Asimismo, transcurrido el tiempo, se agrega un deterioro significativo ocasionado por la enfermedad no siendo compatible con las exigencias que un trabajo requiere.

Analizando retrospectivamente la historia de “L”, vemos que ha podido generar recursos a lo largo de su vida, permitiéndole insertarse en el mundo laboral, sin problemas aparentes, pero con dificultad para mantener una cierta constancia y continuidad en los mismos. Es factible visualizar, que existía en él un potencial, que le permitió permanecer en su último trabajo por un lapso de 2 años (siendo bien evaluado por su empleador).

En los últimos tiempos la familia explicita que tres meses previos a su última internación (2014), había comenzado a tocar la guitarra en los ómnibus.

La psiquiatra de sala transmitía su idea en relación a éste aspecto:

El trabajó por un período en un invernáculo, pero períodos, me parece, que muy cortos...

E: ¿Actualmente estaba trabajando?

P1: No, sin trabajar, cobra pensión por incapacidad y este.. La única actividad que hacía era lo de la religión que el tenía una cosa de evangelización; iba a

la iglesia, pasaba mucho tiempo ahí, hacía alguna actividad en la iglesia pero en realidad de trabajar, prácticamente nada... Tampoco quedó con muchas miras de trabajar...(P1)

La psiquiatra consideraba lo siguiente, sobre la estrategia a seguir:

Un trabajo. Un trabajo medianamente protegido. Es muy joven. Un trabajo que estuviera por un período corto de horas fuera de la casa. Una actividad que le permita una sociabilidad. Una actividad que fuera mejor. Si es remunerada mejor.

Cuando yo le decía ¿qué proyectos tenés? No habla de un proyecto.

No habla de trabajar ni de nada. (P1).

Desde la perspectiva de la médica, “L” no tenía iniciativa de proyectarse laboralmente. Por lo tanto su pronóstico como ella lo refería, era de alta complejidad, sustentado en la casi nula adherencia al tratamiento. Esto incide, según ella, es configurar un factor invalidante a la hora de pensar en la realización de actividades que impliquen socialización. Por otra parte, la familia de “L”, en particular su madre, también ideó algunos proyectos para que “L” desarrollara, los cuales resultaron fallidos:

M: De hacer no ha hecho nada incluso, es, yo le digo vamos a hacer esto, vamos a hacer tal cosa, incluso de que yo le quise poner, digo vamos a poner una, porque yo hace tiempo que tengo la idea de poner un negocio, (...) No, no quiere. Después le digo, “L”, vamos a cerrar acá, el terreno ahí de él, vamos a cerrar con tejido, cerramos, y vamos a dar vuelta el cantero y vamos a plantar, eh, yerberas. Le digo, que se vende lindísimo, le digo yo. Cuando tengas una yerbera, cortamos, y nos paramos en cualquier esquina y las vendemos. No, (pequeña risa) yo, no quiere nada, nada de, de... Ahora se puso a vender inciensos, solo. (M2)

“E: A ¿sí? ¿En dónde vende?

M: Acá.

P: En estos lugares.

M: Y no sabes lo que ha vendido.

E: Sí, ¿en la casa vende?

M: Sí, ahora vas a ver, ahora, eh, este...

E: Algo pudo comenzar a hacer.

M: Ahora, empezó ahora.



P: Que se fije en algo, hacer algo, que tiene que hacer algo esencialmente que...

M: Ahora, empezó ahora, ahora en las fiestas. Antes de la navidad, él empezó, y ha vendido incienso, ha vendido. Este, así que, cómo es...

M:..... y entonces tiene una pandereta ahora. Sale con la pandereta. Y sale, yo me reía el otro día, salió con la pandereta y dio una vueltita en el ómnibus, volvió con \$50. \$40, creo, \$40. (M2)

En el inicio del discurso, la madre no puede reconocer la iniciativa de "L". Incluso refiere que no hace nada. Cabe preguntarse si ese "no hacer nada" está unido a un sentimiento de rechazo. La madre siente que "L" se rehúsa a toda propuesta e iniciativa de su parte. En la medida en que la madre se siente rechazada, ataca toda iniciativa personal. La autonomía o independencia del otro es poco tolerado y es necesario destruir. Existe algo del orden de la burla o ironía en el dinero que pudo generar tocando la pandereta. Las desjerarquización por las actividades que "L" escoge, están asociadas al prejuicio sobre las actividades laborales socialmente compartidas. La familia no puede pensar que para él, el trabajo posee otras connotaciones y que por su propia enfermedad no puede insertarse en un ambiente laboral, con las exigencias que los cargos requieren. Esto nos confronta con el desconocimiento acerca de la enfermedad y sus efectos.

La búsqueda de trabajo remite a los aspectos saludables de "L". Se desvaloriza lo que surge como iniciativa, y se otorga un valor a lo que propone su familia. "L" por momentos se contacta con la dificultad de su familia para reconocerlo en sus potencialidades, generándole importantes niveles de enojo, desde los cuáles actúa.

Las acompañantes plantean al respecto:

Cantar en los ómnibus y estaba súper entusiasmado, nos costó bastante porque fue un tema que él tenía ganas de hacerlo pero había mucha resistencia familiar porque la familia le decía que no era un trabajo como para que el haga, se tenía que buscar otra cosa.

M- pero eso es nuevo o ¿es una práctica que el ya venía desarrollando en otros momentos? Esto de cantar en los ómnibus.

E. No, nunca lo había hecho

M. Nunca lo había hecho (A).

En relación a lo laboral, él tenía de apoco algunos proyectos que eran en relación a la música que no eran los mismos de los padres, los padres pretendían que levante la casa. En un momento habían dicho de hacerles como un almacén, almacén no porque la hermana tiene almacén, pero era una tienda de algo para él, y “L” no quería nada con eso” (A).

Los objetivos de la intervención, deben ser pensados en función de las necesidades individuales, del propio paciente.

Poder llevar adelante su deseo y su voluntad, les otorga la posibilidad de crear escenarios posibles que le permiten adquirir nuevos hábitos y habilidades. Lo dignifican y ubican en un lugar en el que ellos se consideran potencialmente capaces de desarrollarlo.

Como se mencionó en el marco teórico, la importancia de construir una estrategia de rehabilitación que tenga por objetivo las necesidades del paciente y sus capacidades, y no pretender “encuadrar” el sujeto en un proyecto terapéutico ajustado a la realidad. La realidad debe ser la de cada paciente, no la realidad social.

“L” transmite su sentir.

Para mí la vida es lo más lindo que hay...Compré un bolsito para salir a vender inciensos en los ómnibus. También tenía pensado en tocar la pandereta pero cuando tenga más ganas. Haciendo canciones de la Iglesia le caes bien a la gente”. (RA)

“Vengo de tocar un poco la pandereta en los ómnibus. Me hice unas monedas” (RA).

### **Integración de los resultados de las escalas.**

En cuanto a los resultados de las escalas, se comparte la misma evolución que en la categoría anterior, donde se observó una mejoría a nivel de la sintomatología negativa.

### **G) Establecimiento de Vínculos: Familiar y Social**

A la luz del proceso de investigación, el entramado vincular, es un tema por demás vasto y requiere de un desarrollo pormenorizado. Es necesario establecer con anterioridad que el análisis de esta categoría, se circunscribe específicamente a los objetivos de la presente investigación; pues los contenidos que emergen del material poseen una gran riqueza y cuya interpretación podría ser el objetivo de otro estudio a realizar.

Se incursiona en el camino de los vínculos, estableciendo un campo de análisis donde poder pensar la trama familiar y su incidencia en el seguimiento. Los vínculos más significativos para “L” se ubican dentro del núcleo familiar, a decir: su madre, su padre y sus hijas, ocupan un lugar preponderante. Con cada uno de ellos emergen vivencias diversas, lo cual nos remite a los modos de funcionamiento familiar. El recorrido cronológico, permite vislumbrar aquellos contenidos que permanecen y aquellos en los que pudo operar un proceso de transformación, a punto de partida de la intervención del seguimiento. El análisis pormenorizado de cada vínculo, permitirá establecer un marco comparativo entre el primer momento y el segundo momento de corte del proceso.

### **Primer momento de corte**

Se esbozan las diversas miradas de los actores

### **Primeras aproximaciones**

La primera escena familiar, se registra mediante el discurso de la médica de sala:

Muy pocos vínculos. Esperando a la madre que venía todos los días.

Decía que, yo tengo que ver a mis hijas. Preocupado por ellas. Pero que de hecho él no se hacía cargo de nada. Era la mamá. Las chiquilinas estaban alrededor de él pero...El no hacía nada por esas hijas”. (P1).

La primera idea que surge entonces acerca del establecimiento de los vínculos en “L”, es la siguiente: posee una familia continente. Una madre que concurre a diario a verlo al hospital, ¿para cuidarlo o controlarlo? Respecto del vínculo con sus hijas, según refiere la psiquiatra (desde una mirada extrafamiliar), surge una preocupación constante por parte de “L”, pero según se trasmite, no logra desempeñar la función paterna, sino que los cuidados de las mismas son asumidos por su madre.

En relación a los vínculos sociales, la psiquiatra transmite que no estableció vínculos en la sala. Esta posición podría responder por un lado a la situación de internación (agudeza) y cómo la misma afecta su disposición a socializar; y por otro lado constituye uno de los componentes de la sintomatología negativa. La psiquiatra, agrega que él no ha logrado establecer vínculos o lazos durante la internación, estableciéndose un paralelismo con su forma de relacionarse en el afuera. Sobre sus vínculos en el exterior, la misma plantea: “muy pocos. Si los amigos, te diré que tenía esos vínculos en la iglesia, pero te diré que no sé hasta qué punto. Muy poca cosa, prácticamente nada”. (P1).

En este sentido es importante pensar en las características de los vínculos que establecen estos pacientes. Donde para poder relacionarse, debe existir previamente una desinversión de su yo para poder invertir al otro. Las relaciones que establece “L” con su entorno, son muy endeble y superficiales, dado que su retraimiento le impide profundizar en los mismos. Los relatos acerca de la iglesia, refieren a esta modalidad de relacionamiento. La mirada desde la psiquiatría, enjuicia las formas de establecer los vínculos, no considerando las características de “L” y el momento de agudeza que atraviesa. El hablar o estar con otros implica un movimiento de adentro hacia afuera, acto que en la situación actual se ve imposibilitada. Asimismo, es factible interpretar su actitud dentro del hospital asociándola con sus dificultades para asumir la enfermedad. Sus resistencias al estar en el hospital, se manifiestan a través del aislamiento, y ensimismamiento (estar siempre en la cama). No se siente perteneciente al lugar, se ubica en una postura ajena al contexto.

### **Otras miradas...**

En relación a sus vínculos, “L” los presenta de la siguiente manera:

Vivo con mi familia, mi familia también es mi hermana y mis padres. Mis padres; mi padre, lo quiero, a mi madre también, pero a veces discutimos. ¿Por qué discutimos? Discutimos porque en mi casa, este... Vivimos también con mi otra hermana que se llama P, este... Y tiene... Está casada con una persona, el marido de ella, es una persona que es un poco agresiva y violenta y una persona media desubicada diría yo, porque dice palabrotas delante de los niños, entonces, eso es lo que, a veces me deprime y sufro de depresión, ¿entendés? (L1).

Las palabras de “L” denotan cierta resistencia a transmitir algunos detalles en relación a la dinámica familiar. Al hablar sobre su madre, dice, se pregunta y luego no dice..... Cambia de tema. En este primer encuentro con “L” es interesante pensar, que es aquello que no quiere decir, que no quiere mostrar de su familia. O ¿aquello que quiere proteger? En esta instancia se puede comenzar a percibir, la necesidad de defender o preservar a su familia de los extraños; su cuñado es vivido como extranjero, como un sujeto ajeno y peligroso, lo cual ilustra la modalidad endogámica del funcionamiento familiar.

Desde su discurso oculta aquello que no puede o no quiere decir sobre su madre. Algo del orden de lo no dicho en su familia, se vislumbra aquí en la entrevista.

En el marco teórico se hace mención a como se establecen las relaciones en la trama familiar, se sostiene en los silencios, en lo no dicho, en lo no hablado. Lo que sucede en la familia queda allí. En relación a esto, luego de los primeros encuentros del seguimiento, él puede plantearle a las acompañantes lo siguiente:

No hay que faltarle el respeto a las personas mayores. Todos los gurises están perdidos no puedo ayudarlos a todos. No tengo gente estoy sólo, tengo a mi familia pero me reprochan que soy guapo. Ellos dicen violento pero no es así, porque yo a veces me caliento y me pongo a gritar.

Yo creo que mi madre tuvo un problema con mi padre que no solucionaron. Capaz que anduvo con otro hombre y mi madre no quiere que se entere. Yo estoy más grande, pienso de otra manera. (RA).

Para comprender el funcionamiento familiar, se acude los planteos de Pichón Riviere (1965), quien sostiene que en la medida que el sujeto no se adapta a la dinámica familiar, termina siendo el depositario y el portavoz de la conflictiva familiar: él ocupa el lugar del violento en la familia; o ¿encarna una violencia familiar que no circula y está enquistada en él?. “L” menciona la falta de respeto unida a la idea de engaño; aquello de lo que no se habla. ¿Qué es aquello que él no tolera y quiere decir a gritos? Aquello que lo enoja y no tolera, estará asociado a este engaño por parte de su madre y el lugar de “ser burlado” en donde queda ubicado su padre. Un padre que según se observará más adelante, configura para “L” una imagen idealizada y desvalorizada a la vez. Algo del secreto familiar queda ubicado en “L”, quien en esta instancia se permite enunciarlo. Denota una actitud activa, que reacciona ante la pasividad de su familia, que oculta y no dice. Quizás la forma que encuentra para ese “decir”, no le permite ni lo habilita a ser escuchado; grita, se violenta. La familia censura esto, con una tendencia a la expulsión o aislamiento del seno familiar.

Se hacía alusión en una categoría anterior, como la autonomía conlleva a la exclusión. Su lugar, su casa, es un espacio apartado al resto. Independencia y exclusión a la vez, manteniendo alejado aquello que amenaza el orden familiar, el diferente.

Los postulados teóricos de Isidoro Berenstein (2008) op cit, contribuyen a pensar asimismo los componentes dinámicos de esta trama. Menciona que la familia es vivida como unicidad, como aquello donde uno siente en común con los otros. Esos otros que dependiendo de las cualidades vinculantes, pueden ser vividos como uno mismo o como otro separado de sí. Esta unicidad recubre un sentimiento de apropiación y que por identificación el sujeto despliega contra su propio sistema familiar, la violencia que circula de manera subyacente.

Este engaño es vivido como propio y agrede al sistema familiar por sostenerlo y no generar un cambio. Vivencia esta situación como dirigida a sí mismo, y se identifica con su padre, en la sensación de sentirse engañado, burlado, dado que esta madre no es confiable. Se observa aquí, una clara mención a la teoría, donde Berenstein (2008) refiere que los hijos se identifican con los conflictos de los padres (a nivel transgeneracional), y encarnan los mismos, vivenciándolos como propios, quedando atravesados y afectados por ellos.

Por otra parte el autor refiere asimismo, que el devenir sujeto posee una doble dimensión. Por un lado el devenir hijo o padre; pero por otra parte, la existencia de un otro me otorga la otredad. Para ello es necesario que exista otro que otorgue un lugar diferente de sí mismo. Cuando esto no se produce, la violencia se despliega.

Por su parte Winnicott (1972) refiere la necesidad e importancia de generar un espacio intermedio que habilite al sujeto en un lugar de ser independiente. No quedar atrapado en la díada materna.

Sobre su hermana mayor, quien no vive con ellos, refiere lo siguiente:

L: Porque mi hermana, porque el problema... El problema fue que mi hermana me denunció, mi hermana que estoy peleada con ella, viste.

E: ¿Por qué te denunció? ¿Qué fue lo que pasó?

L: Porque nos peleamos nuevamente.

E: Pero que se pelearon ¿qué implica? ¿Qué se agredieron?

L: Sí, nos agredimos. Fue una vergüenza... Pero, ¿por culpa de quién? De esta persona, el que le dice cosas a mis hijas, viste... Le dice cosas sexuales a mis hijas, esta persona creo que tuvo un accidente, se golpeo la cabeza y le quedo algo mal en la cabeza, ¿entendés? Por la pareja de...De mi otra hermana. (L1)

Con su hermana mayor posee un vínculo fraterno conflictivo, dado que ella representa a la figura de la familia que puede establecer un límite. Frente al desborde emocional, ella pide ayuda a la policía, introduce un otro/ley, que interceda en una situación en que la familia se encuentra imposibilitada en el actuar. Un agente externo que establezca un coto a la violencia; una ley que organice.

En este sentido René Kaës (2008) conceptualiza el vínculo fraterno como una alianza que se encuentra organizada a nivel psíquico por el complejo fraterno. Estas alianzas se establecen a nivel consciente e inconsciente y se constituyen a partir de un conjunto de representaciones inconscientes (fantasías y relaciones intersubjetivas). Las mismas establecen en la fratría una modalidad vincular donde por un lado el grupo de hermanos se puede unir contra los padres, o uno de ellos; o pueden establecer una alianza

contra uno de los hermanos, en el interjuego de rivalidades. El autor agrega asimismo que en las modalidades más primarias, estas rivalidades, van a establecer la forma más radical del antagonismo: entre la vida y la muerte. Berlfein señala: “Ese otro (...) se presenta frente a, o en contra de, en lo que podría interpretarse tanto como una oferta de apoyo apuntalador como de una oposición competitiva”. (2003, p.72, p.73).

Esto permite pensar en cómo se establecen los vínculos a nivel familiar, donde existe dificultades para establecer criterios, límites; por lo cual la intervención externa de la policía ley, opera desde ese lugar. Una ley externa, exogámica que ordene.

Según ha referido su madre, cuando en otras ocasiones han llamado a la policía, “L” se comporta de manera adecuada frente a ellos. Se desprende entonces del material, que algo de la convivencia familiar lo desorganiza y potencia la sintomatología; el vínculo que el paciente establece con su familia lo enloquece, lo violenta. También por otra parte es factible pensar que la descompensación es una forma retaliativa de castigo a su familia, por no sentirse mirado; por sentir que no posee un lugar en la trama familiar; dado que se desprende del estudio que ante la presencia de otros: entrevistador, policía (ley), actúa de manera más organizada, mostrando sus aspectos más sanos por temor a las consecuencias.

Para continuar pensando los entramados familiares, los postulados de Carmen Sánchez (2008) transmiten las diversas nociones sobre el concepto familia, incluyendo la noción de familia tradicional y familia extensa, entre otras. Esta autora plantea que para formar parte de una familia, es necesario ser reconocido como tal; como formando parte del todo. En este caso se expresa claramente, como “L” no puede integrar a su cuñado como formando parte, sino que es vivenciado como un ser que viene a alterar y atacar el orden familiar; es percibido como un ser ajeno. La ajenidad, representa aquello que sucede o que se integra en la familia, que no es asimilable, que no logra incorporarse. Posee el carácter de lo extraño, de lo peligrosos. Este ser viene a usurpar su lugar dentro de la familia y “L” percibe la amenaza de pérdida de su territorio.

Continúa diciendo:

L: No, me llevo bien, o sea primero lo que dice Jesús es que el profeta carece de honra en su familia. O sea como que mi familia no me honra, son... Yo les digo, en mi familia son unas personas que dicen, se piensan que están hablando todo de sexo”. Dicen palabrotas, todo. Y todas las palabrotas ¿llevan a qué? Las palabrotas vienen todo de lo que es el relacionamiento sexual por todo eso ¿no? Las malas palabras, son cosas abominables a

Jehová, eh... Me llevo bien con mi padre, que lo amo y que mi padre es una persona muy, muy importante muy, muy querida por mi parte. Con mi madre, también la amo porque es mi madre y yo no sé qué haría sin mi familia y, a mis hermanas las amo también ¿se entiende? Pero, con mis hijas me llevo mejor.

E: ¿Por qué? ¿Cuál sería la diferencia?

L: Que son mis hijas, que yo me siento con menos vergüenza quizás de hablar ciertos puntos con mi familia con mi hermana, de hablar con mi hermana y con mis hijas no. Les puedo empezar a decir cosas que el amor te lleva a decir por la boca y salen palabras que tienen sentimientos". (L1).

Palabras elocuentes, claras, sintetizan su sentir en torno a cada miembro de su familia y vislumbra el lugar que anhela tener y no le es otorgado. Su familia no lo honra; el honor como una deidad. Freud (1913) menciona en sus textos, que en las psicosis y en particular en la esquizofrenia, surge como fase inicial, la decalectización de los objetos y una vuelta sobre el yo. La libido de objeto, se transforma en libido narcisista; si esa libido no es rechazada, se asimila al yo y se produce un engrandecimiento del mismo. En un segundo momento se produce la construcción delirante a modo de restitución del lazo con la realidad. Observamos en "L" la construcción de un delirio místico, de grandeza, donde él se ubica en un lugar de privilegio, una deidad que debe ser honrada. Ese vacío en el que se vivencia el mundo exterior, queda plagado ahora de nuevos contenidos y significaciones. Este es el reclamo a su familia, no ser reconocido desde este lugar. Este no reconocimiento desde el lugar de profeta, que viene a salvar al mundo, a los "gurises" como refiere frases atrás, le devuelve un sentimiento de soledad. Berenstein (2008), hace mención al lugar de la existencia en el seno familiar. La importancia de ser reconocido como un ser distinto de otros, que requiere ser mirado. En el seno familiar, se produce un "entre", aquello que circula por identificación entre los integrantes, se convierte en transferencia (afectos, pensamientos). Por otra parte emerge un segundo componente que da lugar a la "interferencia" a modo de resistencia; cuando el otro siente que le imponen algo en ese vínculo. La presencia de ese otro, desde una mirada narcisista, implica una amenaza, un temor.

Al hacer referencia en el marco teórico sobre la posición esquizoparanoide, se describe la vivencia parcial del objeto y la potencialización de las cualidades de cada uno. En la medida en que el sujeto se inviste en el lugar de un ser idealizado, el mundo se transforma en el perseguidor, que amenaza con destruirlo. La amenaza es a la destrucción y al desmoronamiento del yo; emergiendo la concomitante angustia de fragmentación y su defensa a modo de ataque.



En el párrafo citado, aparece una crítica a la utilización de malas palabras, estos contenidos aluden a dos aspectos: al manejo de una cierta moral, o a los contenidos incestuosos dentro lo familiar. El primer aspecto refiere cómo esta forma de pensar, le coarta la posibilidad de establecer un vínculo con el otro, en la medida en que el peso de la ley y el enjuiciamiento cae sobre el otro, no puede establecer un vínculo con ese objeto. Bion (1980) concibe la noción de vínculo asociado al establecimiento de relaciones objetales que contribuyen en la constitución psíquica del sujeto; en este sentido las relaciones que establece, favorece la función de crecimiento. La parte psicótica de la personalidad, avasalla al yo y el super yo desarrolla algunas cualidades que le impiden el aprendizaje a través de la experiencia. En “L” se observa el predominio de la parte psicótica de la personalidad, donde la rigidez y la concepción acerca del mundo de los objetos, le impide la aceptación de un otro diferente de sí mismo. Se intenta analizar entonces, desde el interjuego de estas dos teorías, como sus características de funcionamiento afectan su vida de relación intra y extrafamiliar.

Los componentes retaliativos se hacen presentes, en la medida en que soy excluido y apartado, desde el lugar de la divinidad, es el quién termina expulsando y discriminando a los otros. Se despliega de manera masiva el mecanismo de identificación proyectiva, trata a otros como en algún momento se sintió tratado él mismo.

Con anterioridad se hizo mención a la figura del cuñado, un objeto vivido como persecutorio y odiado a la vez. Una figura que es vivenciada como amenaza contra su propia vida y con quitarle a su familia, potenciando su fantasía de abandono y pérdida. Emerge un temor de carácter primario frente a la angustia de perder su lugar al lado del padre. Aquí se observa un desplazamiento del conflicto fraterno, en esta relación que se establece con su cuñado, donde se instala una competencia y una rivalidad por el amor del padre. La figura del cuñado representa una amenaza a perder el lugar de hijo varón. Si bien existen otros hermanos varones, los mismos no configuran una amenaza ante su padre. Pertenecen a su vez al sistema endogámico, a pesar de su distancia.

Sobre su padre refiere: “una persona muy importante muy, muy querida por mi parte” (RA).

Así manifiesta sus anhelos: “Entonces, mis sueños con Jesús son muy buenos, muy lindos, Él me hablo de... Me mostró también en mis sueños, me mostró un trono, el trono del padre, el que está a la derecha del padre. Entonces, este...” (L1). Esta frase denota una carga afectiva de gran magnitud y de alto valor simbólico: el deseo de ser el Hijo del Padre-Rey-Dios (desplazamiento de la figura paterna), que ocupa su lugar a la derecha del trono. Ser el hijo de Dios, ser el hijo predilecto. Un lugar ¿ocupado o anhelado por él?. En esta

frase fue esbozándose un sueño, un deseo y a la vez una gran dificultad. El padre al estar investido en el lugar del Rey en su trono, se torna inalcanzable. Un padre que ocupa un lugar idealizado, pero que no puede cumplir esa función. Una figura que está ausente, que no puede mirarlo. El lugar al lado del padre-trono, es determinado también por su familia. Es “L” quién no puede ocupar ese lugar o su familia no le otorga un lugar dentro del sistema familiar a “L”. Cabe preguntarse: ¿quién ocupa ese lugar en la familia?.

Si bien es necesario continuar indagando acerca de sus vivencias en cuanto a la relación con su padre, la idea de sentir que su lugar le es usurpado por su cuñado, contamina todo el paisaje. Éste es vivido como una figura cuya presencia pone en cuestión todo su ser y su lugar en la existencia.

García Badaracco (1985), planteaba que tanto los sueños como los delirios, pueden ser analizables, dado que utilizan mecanismo que permiten comprender e interpretar dichos contenidos. La condensación y el desplazamiento, mecanismos princeps de ambas construcciones psíquicas, permiten darle significado a lo que allí se muestra a modo de escena. “L” hace referencia permanentemente a la biblia, como forma de encontrar aquellas palabras dichas por otros, pero que hablan de sí. Asimismo la iglesia (religión) configura un lugar de contención de los componentes psicóticos de la personalidad.

En relación al vínculo que “L” establece con su cuñado, su hermana plantea lo siguiente:

Para mí que fue él, ese amigo el desencadenante de ese odio. Porque le decía ah mirá ahora está con tu hermana. Está con tu hermana. Y siempre le llenó la cabeza. Le decía que el trae droga para tu casa. Y con la enfermedad que tiene. Y le decía se va a quedar con tus padres. Ya se quedó con tu hermana y te va a sacar a tus padres. Se va a quedar con tus hijas. Se va a quedar con tus padres y con tus hijas. Y vos no vas a servir para nada. Viste tu padre necesita algo y lo está llamando a él.

Yo creo que el odio de él es más así. Como él no hace nada, entonces...El odio es más llenado por el otro creo yo. El odio a veces es hacia mí y al nene. Porque a veces ve que está con el padre. Y no dejaba que las nenas jueguen con él (se refiere a su hijo). Ahora las empezó a dejar”. (H1).

Estas palabras ponen de relieve la identificación proyectiva masiva, donde se evidencian las dificultades en “L” de poder separar los contenidos internos de los externos. Los dichos de otros le invaden su interior y comienza a percibirlos como pertenecientes a sí mismos. Freud (1913) va a plantear que los límites entre el yo y el no yo se desdibujan,

comenzando a vivir la realidad como distorsionada. Los temores transmitidos por otros pasan a constituir una parte de sí mismos. La barrera de contacto (habla de la conjunción de elementos alfa) definida por Bion (1986), se asemeja a los planteos freudianos. Esta barrera opera de límite entre los estados mentales, en el entendido que pretende mantener separado lo endopsíquicos de la realidad externa, protegiendo de esta manera el contacto con la afuera. Cuando se producen fallas en la mantención de esta barrea, los límites se pierden, vulnerando la barrera defensiva. Los dichos de su amigo, desencadenan sentimientos de odio y envidia, que responden a las conductas y acciones que “L” despliega como consecuencia de los mismos.

En relación a la figura del yerno, la madre le comenta a las acompañantes:

Cada vez que ve a su suegro realizando alguna actividad en la casa, éste lo ayuda. Comenta que cree que son celos que tiene “L” hacia el cuñado. Menciona que una vez “L” le dijo a su papá: "¿te acordás que yo soy tu hijo? (RA)

...Es que no me tendrían que haber internado porque yo no estaba haciendo nada malo, solo que capaz tenemos problemas acá en mi casa por esa persona ¿no? Éste, el gil? este que nos tiene viviendo mal o sea, entonces mi madre tiene problemas, mi padre tiene problemas. Ahí se genero todo un problema. (L1)

Las acompañantes mencionan a través de lo observado y de los distintos discursos, que hay algo del orden de la realidad en los dichos de “L”. Refieren que luego de comenzar el seguimiento se comenzaron a cuestionar el lugar que se le adjudicaba a su cuñado.

Era un lugar de hijo dentro de la familia y “L” quedaba totalmente desplazado; al punto de que por ejemplo en los almuerzos de los domingos se reunía toda la familia y “L” no comía con la familia comía solo en su habitación. Entrevistadora: ¿Por elección propia?

E- yo creo que era un pacto, era elección propia pero la familia tampoco habilitaba que él pueda participar de ese encuentro. El cuñado en todos los encuentros aparecía como muy sobrevalorado, mismo dicho por los padres de “L” que era como un hijo y “L” como que reprochaba mucho eso a su familia, que lugar tenía él, que lugar tenía el en su familia.

De que lo han elegido, tanto su hermana como esposo y “L” se sentía como un poco también dejado de lado por su hermana, también por sus padres”. (A).

Las palabras de “L” hablan del dolor que experimenta ante el sentimiento de no pertenecer, no formar parte; incrementándose de esta manera los contenidos persecutorios. Esta sensación de frustración, no puede ser tolerada ni asimilada por el yo, desplegándose mecanismos de escisión tanto del yo como de los objetos; proyectando los sentimientos hostiles y agresivos como forma de aniquilarlo y controlarlo, transformando al otro en un objeto amenazante y persecutorio (retaliativamente). Bion (1986) menciona, que debido a las identificaciones proyectivas masivas, el objeto pierde su cualidad de tal y se transforma en un objeto bizarro; donde “L” utiliza la identificación proyectiva masiva y vivencia al cuñado como un ser terrorífico, constituyéndose en un objeto bizarro. Frente a la fantasía de daño y destrucción, emerge la angustia de fragmentación y la ansiedad paranoide. “L” tiene por momentos la fantasía de matar a su cuñado, como lo expresa durante una entrevista.

El exceso de sentimientos hostiles y contenidos agresivos, sentimientos que citando a Klein (1957) nos hablan de un monto de envidia primitiva: no habilita entonces, la construcción de un vínculo sano que permita la adquisición de nuevos conocimientos. Esta envidia primitiva, tiene una intencionalidad con el objeto, poseerlo y destruirlo. La magnitud de estos sentimientos de envidia, nos remite acerca del establecimiento de los primeros vínculos. No hay capacidad de gratitud; los vínculos quedan teñidos de sentimientos de odio y destrucción frente a la vivencia de sentirse amenazado y dañando. Los afectos de -L, -H, (amor y odio negativos) desencadenan el establecimiento de un vínculo -K<sup>8</sup>. Esto no solo afecta el establecimiento del vínculo con dicho objeto, sino que impide el conocimiento y el contacto con un mundo más real, dado que el mundo de los objetos ha quedado plagado de componentes negativos y persecutorios, obstruyendo toda posibilidad de vincularse de otra manera. Los vínculos se mantienen rígidos y enquistados, no pudiendo confiar en otros. Estos sentimientos emergen como producto de las interacciones que contaminan sus vínculos con el resto de los objetos de su entorno y viceversa. Si la emoción de la cual queda impregnada la relación, está vinculada a sentimientos de envidia, la relación continente-contenido referenciada, perderá toda vitalidad y significado, configurando una ecuación de decrecimiento, al decir de Bion (1986). La violencia y agresividad que “L” manifiesta, tiene su origen, en esta situación. Su enojo para con el cuñado se ve potenciado por la actitud de sus padres.

Dentro del núcleo familiar, la figura del cuñado se encuentra idealizada y por consiguiente “L” queda ubicado en un lugar de desvalorización. Su cuñado ayuda, acompaña y ocupa un lugar de privilegio. Esta situación desencadena en él, sentimientos de extrema hostilidad hacia todo el entorno familiar, pero en particular dirigidos hacia su madre.

---

<sup>8</sup> Las letras L,H,K son utilizadas por Bion para describir las características de los vínculos, como se hace mención en el marco teórico.

En la medida que la magnitud de los afectos no disminuya, los objetos continuarán siendo vividos como disociados, con la concomitante desintegración del yo. En la medida que el mundo de los objetos y del yo se encuentran disociados, la ansiedad persecutoria se incrementa y el mundo de los objetos se torna cada vez más persecutorio, comenzando a poblar el mundo de objetos bizarros. Esos modos de establecimiento de los vínculos, refiere a los componentes psicóticos de la personalidad. Una madre que comienza a ser vivida de forma ambivalente, quien por momentos oficia de continente, o sobreprotectora; transformándose en otros momentos en una madre indiferente y poco continente. Quien le otorga a un lugar en la mesa a otro-hijo, no existiendo un lugar para “L”, quedando entonces expulsado de su familia, comiendo solo.

Como se ha mencionado previamente, el funcionamiento familiar fomenta el enojo, la violencia, produciéndose muchas veces reacciones de extrema agresividad e ira; se mantiene disociado aquellos contenidos que la familia rechaza, por lo cual lo malo, persecutorio queda por fuera de lo familiar y depositado en “L”; quien se hace cargo de este aspecto de la familia.

En la agresión, en los actos, no hay lugar para la simbolización. No hay lugar a un pensamiento que permita mediar entre la idea y la acción. Irrumpe de forma abrupta, como contenidos si metabolizar, sin representaciones. Al decir de Bion (1986): “cosas en sí misma”, elementos beta. Estos surgen como consecuencia de un gran dolor psíquico y la baja tolerancia a la frustración. Si bien desde la mayoría de los discursos, la violencia familiar está ubicada en la figura de “L”, se diseña una trama familiar donde la violencia circula en todos los integrantes de la familia, quizás en un registro más simbólico.

Su padre es vivido como una figura ambivalente: por un lado es ubicado en un lugar de un padre-rey idealizado, sobre el cual se proyectan los sentimientos de amor; pero concomitantemente es vivido como una figura que le confirió un daño.

Ilustrando esta última vivencia, “L” expresa lo siguiente:

Porque, porque... ¿Qué es lo que nos hace consumir drogas? Este... Era, oler... Oler nafta, viste... El olor a nafta. No tenía nada que hacer acá en mi casa y... Y capaz puede ser porque mi padre también, con su genética que me traspasó con... Cuando me engendró... Él fumaba cigarro cuando era, cuando era joven, entonces creo que, que eso de, de... De las adicciones a la droga puede ser por algo familiar, por algo que me haya pasado por mí... Por algo... Usted es la doctora, ¿no? Viste... O sea, yo veo, vi en la televisión que, que a veces es porque los padres también se drogaban con cigarros o

algo, al hijo también le... Siente la... Como la necesidad. La necesidad de...  
(A).

“L” asocia su “no tener que hacer” o su sentimiento de vacío, con la referencia de un no-lugar. Una figura paterna que está presente y ausente a la vez devolviéndole un sentimiento de soledad. Aparece la droga como un escape. Frente a la angustia y la frustración de no ser, busca una huida en otros vínculos; en este caso vínculos tóxicos. El relato de los componentes hereditarios, amerita una doble lectura: por un lado implica un poseer algo de su padre. Lo genético lo acerca a él, lo une y lo identifica. Pero en otro sentido, es una figura que lo ha dañado desde lo concreto: la constante ausencia y el ser dañado por el consumo de droga. Se instala la teoría acerca de su enfermedad, de su sufrimiento, ubicando su origen en lo familiar.

La madre refiere que el padre, no oficia de figura continente y que reacciona ante la violencia de “L”, con la misma violencia, estableciendo una modalidad vincular, sustentada en componentes hostiles.

Su madre comenta:

Nos dice la mamá que en realidad “J” (su esposo, padre de “L”) también hace de las suyas, parece que “L” lo insultó y el papá que se encontraba cortando leña le tiró con una astilla (la madre menciona este acontecimiento riéndose).  
(RA)

La psicóloga a la que “L” concurrió durante un tiempo, interpretó éstas ausencias como una dificultad del padre de contactarse con su hijo, pero también obedecen al funcionamiento materno. Una figura que se aparece desde un lugar omnipotente y controlador, quien no habilita un lugar tercero en la relación madre-hijo. “La madre comenta contaba que cuando era chico “L” había ido a una psicóloga y la psicóloga le había dicho que tenía que permitirle tener más espacios con el padre” (RA)

En esta misma línea, de los dichos del padre surge en la primera entrevista lo siguiente: (momentos previos a su última internación): “P: sí el va y viene y anda en la vuelta. Son al 1 o las 2 de la mañana y él está ahí dando vueltas. Y ella es la madre y se preocupa”.  
(P1).

Sus palabras dan cuenta de cierta ajenidad en relación a la preocupación por lo que pueda sucederle a su hijo. Desde el discurso del padre, aparece constantemente una crítica hacia el funcionamiento de “L”; pero habla de la escena desde una mirada externa. La imagen de un padre ausente, que no ejerce la función paterna, no posibilita un espacio de corte en la díada madre-bebé, promoviendo un vínculo simbiótico. Existe un reclamo

permanente de ser mirado por el padre; de ser reconocido en ese lugar de hijo. El padre es una presencia que remarca una ausencia: se encuentra presente, pero no está disponible. Las acompañantes remarcaban en los encuentros con la familia, la importancia de la presencia del padre, dado que era una figura que con la cual “L” necesitaba encontrarse.

En el espacio de seguimiento, se refuerza la importancia de generar momentos de encuentro entre “L” y su padre; de compartir momentos juntos. El espacio habilita a la reflexión y a pensar el lugar que cada uno ocupa en la vida de “L”, enfatizando en la necesidad de promover un vínculo afectivo, y la importancia de ser “mirado” por su padre, dado que él siente que su padre es capaz de estar para otros, pero no está disponible para él. Desde el discurso paterno, emerge una postura que apela a un mandato cultural y social, donde son las madres quienes deben preocuparse por sus hijos. Lo cultural aquí juega un papel fundamental. Dice Sharma (2004) que la cultura, determina el lugar de dónde venimos y que se transmite de generación en generación. Las madres eran y son quienes se ocupan de los hijos. Se instala la pregunta ¿quién se ocupa de la locura familiar?

Si bien “L”, plantea que él no es como su padre y que juega con sus hijas, desde su actitud, reproduce la lógica familiar. Él es una figura presente/ausente: está y no está; su propia madre se encarga de la crianza de ellas. Todo queda al cuidado de esta madre, que guarda para sí misma las relaciones y las toma como propias. En la medida en que el otro está bajo mi cuidado, me pertenece. En relación a “L” dice: “lo interné”. Surgen de los discursos, figuras masculinas/paternas, que no pueden hacerse cargo del cuidado de sus hijos, delegando en la figura de la mujer/madre, toda la responsabilidad. Cabe preguntarse si esta dinámica familiar que se instala y que se resignifica actualmente, responde a figuras paternas ausentes, a figuras maternas omnipotentes, o la superposición de ambas.

Cuando se le interroga a “L” sobre la transmisión de estos sentimientos a sus padres, como forma de buscar alguna solución al respecto, responde lo siguiente:

E: L, cuando tú tenés un problema, ¿lo podes compartir con tu familia? ¿Se lo podes contar?

L: No, yo hablo con Jesús, con quien me llevo mejor es con Jesús.

E: ¿A tu familia no le contás nada de lo que te pasa? ¿Ni lo bueno, ni lo malo?

L: No, les cuento si, les cuento algo, hablo a mi familia, o sea si me pasa algo, si tengo un problema trato de hablarlo, como toda familia normal y como toda familia que está viviendo en un lugar” (L1).

Ante la mirada del investigador que puede resultar persecutoria, “L” demuestra ciertas ambivalencias. En relación a los procesos de rehabilitación, se promueve la



importancia de un vínculo comunicacional fluido en el marco familiar; en este sentido Tercero (1996) señala la importancia de poder transmitir mediante una comunicación sana y adecuada, aquello que le sucede a todos los integrantes de la familia: “él con nosotros no habla. Él cuando habla es para pedir algo o justamente para cuando insulta cuando dice algo. Cuando se pone agresivo”. (M1). El acto viene a ocupar el lugar de la palabra. “L” responde de manera agresiva dado que no siente que exista un espacio de contención. Es necesario preguntarse ¿qué tipo de palabras circulan por la familia? El sujeto reacciona ante aquellas situaciones que no tolera, que lo frustran. Donde las sensaciones e impresiones sensoriales no sufren una metabolización y son proyectadas al exterior como cosas en sí mismas y no como representaciones de cosas en sí mismas. Esto no permite lugar a la construcción de pensamientos y por lo tanto irrumpe el acto o el insulto. Hay una función alfa fallida, que fracasa, predominando así los elementos beta, que sustituyen la función del pensar por el acto y la dificultad para la simbolización.

Los pacientes que presentan trastornos en su capacidad de pensar poseen una función alfa deteriorada que fracasa en la producción de elementos de la misma índole. En su lugar predominan los elementos beta con una tendencia a las actuaciones y a usar el pensamiento concreto; debido a la incapacidad de simbolizar y abstraer.

En el vínculo con sus hijas, “L” comenta tuvo problemas durante un tiempo para poder verlas, pero que actualmente esa situación se normalizó y que pasan tiempo juntos.

E: “¿Y qué vínculo tenés tu con ellas?”

L: Las amo. O sea, a mis hijas las amo. Les escribo.

E: ¿Les escribís?

L: Cartas.

E: ¿Y qué les pones en las cartas?

L: Lo que siento.

E: ¿El afecto que tenés por ellas?

L: Tuve un sueño en que Jesús me decía como que si yo me sorprendiera del amor, del amor que siento por mis hijas, o sea, este... Me decía, ¿qué me decía? Que él me las iba a traer a mi casa porque ellas no venían a mi casa en ese tiempo, porque ellas viven en el Borro, ¿entendés? Y el Borro es un lugar muy peligroso porque hay mucha delincuencia, entonces yo tenía problemas porque ellas no venían a visitarme, entonces Jesús se me apareció en un sueño y me dice que Él me las iba a traer a mi casa y me preguntaba... Me decía: - “L”, ¿vos decís por el amor que sentís por tus hijas? ¿Te



sorprendes? Entonces, ¿ahora qué?, vienen siempre... ¿Entendés? Y eso es lo que nos hace estar divertidos, ¿entendés? Acá, en mi casa, o sea...”(L2).

“L” reproduce en el vínculo con sus hijas, la dificultad de manifestar los afectos. Algo del orden familiar, trasciende su núcleo primario. Las palabras escritas, son utilizadas a modo de recurso que permite mediatizar y a su vez transmitir su sentir. Es la manera que “L” encuentra en que pueden salir las palabras, desde un lugar más saludable. Los afectos quedan solapados o son dichos a través de.... Muchas veces quedan como no dichos, pero si escritos. Palabras que no son enunciadas. El papel limita el encuentro con el otro, pero se promueve un momento donde poder transmitir aquello que no puede ser enunciado en palabras. Plantea que sus hijas concurren a su casa de forma habitual y que esto le genera diversión a él. El hecho de tener hijas, lo ubica en un lugar de padre: de ser alguien. Le otorga una identidad.

En relación a sus vínculos sociales (vecinos y amigos):

En el inicio del proceso, el vínculo con los vecinos estaba muy comprometido. Generó conflictos con varios de ellos, hasta recibir amenazas de muerte de parte de alguno de ellos.

Ta nosotros tenemos obligación como dicen pero, los otros no tienen por qué. Hemos tenido problemas con gente por la conducta de él. Los vecinos me dicen. Yo les digo: denúncienlo. Si va a la casa a hacer algo denúncienlo. Yo otra cosa no puedo hacer.

Padre: Si salía para la calle e insultaba. Les decía cosas a los vecinos. Fíjate que tampoco la gente lo va a tolerar. Una vez le quisieron pegar un tiro. La gente no entiende que está enfermo y por eso tienen un problema con él. Iba a gritarle en la puerta a los vecinos. (Pd1).

M: Ahí fue entonces cuando lo interné. Ahí me decidí con esto porque viste acá es un barrio muy conflictivo. (M1)

En esta escena surge nuevamente para “L” la vivencia de un mundo hostil, que lo agrede y lo daña y del cual debe defenderse. Los gritos, las amenazas y el invadir el terreno del otro, responde a las vivencias paranoides donde el necesita atacar ante la sensación se percibirse en una situación de peligro.

Pichón Riviere (1965) refiere a las posibilidades de los sujetos de adaptarse activa o pasivamente al medio. Aquí se observa un espiral dialéctico que se construye en base a un conjunto de acciones desadaptativas, donde el vínculo activo con el entorno se produce

mediante la violencia. La relación de “L” con el contexto produce una dificultad en inscribir sucesos que resulten gratificantes. Se establece una modalidad vincular, plagada de mutuas agresiones. Pichón Riviere (1965) menciona que aquello que se imprime en el otro, dependerá de lo que uno afecte y sea afectado por el entorno. La espiral dialéctica que se construye mediante la mutua determinación de los seres entre sí, se ve invadida de las vivencias que cada uno proyecta en el otro. Las imágenes de la realidad quedarán plagadas de los contenidos buenos y malos que se despliegan. En este sentido, se reactualiza en el vínculo con el mundo aquellas vivencias primarias que se han introyectado desde el nacimiento. Es así que “L” no puede vincularse desde otro lugar que no sea mediante el ataque y la agresividad, con la cual se sintió tratado. Su madre surge como una figura que se encuentra desbordada por la situación y por los componentes de la enfermedad; es ella quién resuelve la internación; no existen otros. Se denota en estos párrafos un padre, que si bien desde el discurso, demuestra preocupación por los hechos, delega las decisiones en otros.

Surgen algunas interrogantes: ¿Qué lugar ocupa cada uno de los integrantes en esta familia? ¿Los roles quedan supeditados al decir de la madre?

La rehabilitación propone cada vez más la importancia de incluir en los procesos a las figuras parentales, en especial al padre. Pichón Riviere (1965) resalta la importancia de evitar la rigidización de los vínculos, sorteando así los lugares evitando instalarse en lugares estereotipados; promoviendo una bidireccionalidad. No interactúan unos con otros. Esta rigidización obedece a las dificultades en flexibilizar las modalidades vinculares, o quizás a las dificultades de algunos integrantes de aceptar al otro como uno diferente. Otorgar lugar y un sentido a cada uno en el sistema familiar.

En algunos momentos del proceso, la madre de “L” es vivenciada como un ser omnipresente. El cuál no habilita la individuación. Una madre todopoderosa, que no habilita la existencia de otros; asimismo el padre funciona en un registro de familia tradicional, donde es la madre quien debe hacerse cargo de sus hijos. En los momentos de agudeza, el mundo exterior, queda plagado de objetos bizarros: dañinos, destructivos, con los cuáles no puede enfrentar un diálogo posible. La proyección de elementos beta, sin simbolización, impide el contacto con los otros. Los vecinos quedan contaminados y poseídos por aquellos contenidos que se proyectan en ellos. Estos elementos beta, tal como se ha definido refieren a la cosa en sí misma (aquello que no tiene representación), se aglomeran de forma tal que constituyen una pantalla beta (Bion, 1986), característico de esta modalidad vincular. Impidiendo el contacto de manera adecuada con el mundo exterior.

Relación con sus hijas y su sobrino: “Hasta donde llega que una vez le dije te doy plata para que me deje llevar a las nenas a Mac Donalds”. (H).

En esta frase, su hermana refiere que le dio dinero a “L” para que la dejara llevar a sus hijas a comer afuera. La necesidad de poseer algo que el otro tiene, lleva a desplegar mecanismos de disociación, tomando distancia de aquello que puede significarle un dolor. Las hijas pasan a ocupar un lugar de objeto con valor de cambio. Cuando la envidia, planteada por Klein (1957), se torna muy intensa e intolerable, Bion (1986) refiere que se produce el *splitting* forzado. El lactante continuará succionando, pero por el temor a lo retaliativo, disocia la gratificación física del sentimiento que le produce, temiendo las consecuencias de lo proyectado en ese pecho. Entonces buscan la gratificación material, inmediata, su comodidad, sin importar ni reconocer la existencia de los otros (personas). El otro se convierte en un ser sin subjetividad, que se encuentra a merced de su propio deseo. El *splitting* forzado entonces, se produce por el temor a las consecuencias retaliativas de sus sentimientos destructivos (odio y envidia) y evitan todo clase de sentimientos. Buscan sus comodidades materiales de manera incesante sin que las mismas le generen disfrute.

Cuando la personalidad psicótica avasalla a la no psicótica (momentos de agudeza), los objetos pasan a ocupar otros lugares diferentes, responden a otros significados: sus hijas dejaron de ocupar un lugar en su vida y se transformaron en un valor de cambio.

El me dijo bueno cuanto me das. Y yo le dije \$300. El aceptó pero era cuando andaba con ese. Que ese le vivía sacando todo. Porque ni siquiera el consumía. Era el otro. Para no estar solo muchas veces le daba vueltos al otro. A veces me golpeaba la puerta y me decía mira tengo esto para venderte. Ahí se amigó con Sebastián porque venía a golpear para vender cosas que el otro robaba de la escuela: hojas Tabaré hojas garbanzo. Venía y me decía y yo le decía no no quiero nada. Y él me decía 30 o 40 pesos. Eso es lo que quería. Hasta que en un momento me decía no le compres más nada porque esto nos va a traer problemas. Porque además los está enloqueciendo a él. Todos los días le traía algo para que vendiera. (P1).

Su hermana transmite que el costo de sostener la amistad que tenía con un amigo, lo hacía tomar elecciones que no eran sanas para él y afectaban el vínculo con su familia. Así como el exponerse a situaciones de riesgo por tener un lugar. La mirada del otro es aquella que otorga identidad y que devuelve una mirada de sí. En la medida en que es mirado por otro (externo), el se siente siendo, no pudiendo discriminar el lugar en el cual queda ubicado. Necesita sentirse alguien para otros. Aquí observamos que algo del orden familiar

actúa de manera expulsiva. El sentimiento de no ser reconocido como otro, hace que ese reconocimiento se busque en otros en el afuera.

Emerge del estudio, que “L” queda ubicado en el lugar del portavoz del grupo; encarna los contenidos violentos que circular en el entorno familiar. Es posible preguntarse si esta forma de vincularse, no obedece a una forma de existir, de ser alguien. Ante el temor de no ser o no existir. Se ubica en un lugar que le otorga una identidad y que requiere a su vez de la mirada constante del otro; para ser cuidado o controlado. Cuando no tenía estas manifestaciones, fue excluido de la familia. Aquello que se intenta sacar y excluir, retorna permanentemente queriendo entrar; le golpea la puerta. Se mete en casa de sus padres.

Respecto del vínculo con su hermana menor, la madre refiere que pese a toda esta situación, es con ella con quién tiene un vínculo más afectivo.

M: Los más amigos eran ella y el siempre. Cuando lo internaron ella lloraba como una Magdalena. Con la otra no, porque él le hizo muchas perrerías a la hermana. Con la otra no. Hasta que un día la lastimó con una taza. Se pelearon y la lastimó. La golpeó con una taza en la cabeza, se pelearon. Aquella no le perdona lo que él hace. Cuando está acá adentro ve y no le perdona como me trata. Ella tampoco, pero la otra cuando esta acá adentro ve lo que hace. Aquella hasta a veces me da miedo. (M1)

La figura de su hermana queda teñida por los contenidos paranoides que proyecta en la figura de su cuñado. Si bien “L” reconoce sus sentimientos y su afecto hacia la hermana más chica, existen momentos donde las vivencias quedan contaminadas. Existe a su vez un enojo dirigido hacia ella por darle un lugar en su vida y por haberlo elegido.

### **Pedido de ayuda:**

Su madre refiere que no sabe como intervenir en torno a “L” y a las reacciones que genera en su entorno. Su hermana mayor ha manifestado estar enojada al punto de querer matarlo.

Ya le dije que tenía que ver a un psiquiatra. Porque ella no le perdona que me insulte. Si no fuera por mis nietas yo haría tiempo que hubiese cerrado la casa y alquilado y me hubiese ido por ahí. Yo le dije o te tomas el medicamento o te vas a la calle, porque a veces ya no sé ni cómo tratarlo. A él si lo hecho a la calle lo ayudaría más que lo que nosotros estamos haciendo. (M1).

Las acompañantes refieren acerca del funcionamiento de su madre: “La madre se cuestiona su lugar y sus posibilidades de ayudarlo. Duda de su propia capacidad o si ellos

están preparados para enfrentar esta situación”. (RA) Asimismo surge la culpa, ante el reproche de “L”. Se produce un cruce a modo de ataque, pero no un entender los porqué; generando desbordes emocionales de diversa índole. La familia no puede sostener los ataques permanentes y las conductas agresivas, despertando sentimientos de gran hostilidad. Emerge de manera constante un cuestionamiento de la madre respecto de su funcionamiento y del lugar en que debe ubicar a su hijo, incluso se devela un sentimiento de deseo de alejamiento y de muerte. Ante esta situación se plantea la huida como una alternativa posible. Existe un funcionamiento que donde el todo o la nada de ponen en juego; o estamos y le damos todo, o queda solo (en la calle o allí). No existe posibilidad de mediar.

Del estudio surge como la familia ubica al paciente en el lugar de la figura distorsionante; pero incursionando en la dinámica familiar, aparecen otras figuras emergentes. La hermana refiere manifestaciones de violencia que preocupan en gran medida a su madre al punto de sugerirle que consulte con un profesional.

Berenstein (2008), refiere al sentimiento de unicidad y como lo que sucede, los hechos, los sucesos, son vividos como pertenecientes a sí mismo. Estos componentes de violencia, y los dichos de su hermana, signan lo que se conoce con el término de alta emoción expresada; haciendo mención a aquellas manifestaciones agresivas o de índole descalificativas, dirigida hacia el paciente. En este sentido la rehabilitación propone cambiar y establecer otras modalidades vinculares en el sistema familiar; aplicar otras estrategias de afrontamiento. Se pretende que la familia pueda expresar sus afectos de otra manera, pensando en estrategias que promuevan el fortalecimiento del vínculo. Esta modalidad vincular, produce en el paciente, el fortalecimiento de las conductas desadaptativas.

El intento de huida ha sido un denominador común; responde a un modo de funcionamiento familiar. Se huye de aquello que no se conoce, que no se sabe que es o cómo manejarlo. La huida surge a consecuencia de lo que no se habla, de lo que no se dice. La familia ante la desesperación del no saber, responde de la misma manera en que se vivencia al otro: con violencia.

Las acompañantes plantean lo siguiente: “cuando llegamos a lo de “L”, él se estaba yendo de su casa; escuchamos que su papá le decía que si se hacía "el vivo" lo iba a internar. “(RA)

Pero acá el problema mayor soy yo. Es a mí la que él rechaza constantemente. El me dice: sos vos la que me tenés loco. Sos vos. Dejáme tranquilo. Y ayer cuando le lleve la comida me dice: ah que me estás tratando bien ahora. Porque ya me vas a internar mañana. (M1). (Este último

comentario, surge a raíz de la visita de la entrevistadora que se efectivizaría al día siguiente). (M1)

Frente a la impotencia y al dolor, la madre y el padre lo amenazan con la internación. En estos niveles de significación, observamos los desencuentros, los desvínculos. Una madre que no puede contener los ataques y que devuelve más violencia. La relación continente-contenido aparece fallida, donde predomina el desencuentro. Las fallas en la función materna, en la capacidad de holding, de reverie, promueve el despliegue de contenidos tanáticos, destructivos. Winnicott (1972) plantea la importancia de la función de maternaje, en el sentido de poder tolerar los ataques y la simbiosis del niño para luego poder separarse. El maternaje implica tolerar aquellos contenidos y devolverlos de manera metabolizada; otorgándole sentidos, designados por Bion (1986) la representación de la cosa en sí misma. No existe lugar a la transformación. Se reintroyecta aquello que se proyecta (“cosas en sí mismas”), con mayor violencia e intensidad. La ansiedad paranoide y la angustia primaria se incrementa. Se actúa, a modo retaliativo, despojándolo de los objetos, de los afectos, de la vida: “te vas a quedar en la calle o acá, pero solo”. La falla a nivel del vínculo madre-hijo en su función de madre nutricia, que puede contener y satisfacer las necesidades básicas del bebé, potencia la vivencia de una figura amenazante. Un objeto que es posible de causar daño, de envenenarlo. La angustia de fragmentación y el temor a la aniquilación, configuran las angustias primitivas, frente a las cuáles el sujeto se defiende. Los contenidos emocionales proyectados en el entorno (en particular en la madre), como producto de realizaciones negativas; al no encontrar una contención, al no ser metabolizadas de manera adecuada, son reintroyectadas nuevamente, configurando lo que Bion (1986) denominó, “el terror sin nombre”. Algo del orden de lo ominoso, de lo inconmensurable sucede. El horror se instala en el interior de la familia.

Las dificultades a nivel vincular son captadas por la psiquiatra quien aconsejaría que “L” fuera institucionalizado por diversas razones: familia con dificultades en poder contener y acompañar este proceso, así como las dificultades en torno a la adherencia al tratamiento. El vínculo que se genera entre ambos “L”-familia, no permite un espacio de encuentro. La institución (otro) oficia de barrera de contención y de la exposición a los otros, posibilitando minimizar los niveles de violencia y agresividad.

En la búsqueda de reencontrarse con afectos, dado que el mundo se ha transformado en un lugar plagado de objetos hostiles, “L” intenta acercarse a sus hijas:

Hermana: el quiere acercarse a ellas, le dice vamos a jugar a la pelota y ya las está peleando. Le grita vamos gorda. Entonces claro, las gurisas están

más grandes. Tiene una boca. La otra vez le decía que esa ropa le quedaba ajustada. Que se pusiera una ropa más grande. (H).

M: Le dijo la hija que era un atrevido. Como le vas a exigir que te de plata la abuela. Sos un hombre, como le vas a estar pidiendo plata a la abuela. Entonces se paró de golpe y yo dije no sé. Yo dije que no me las toque. Entonces la otra que tiene una fuerza y dijo hay que se arma. Es alta como él y más fortachona. Aunque no la dejo levantarme el tonito, pero ella se te para al lado y... Los adolescentes están diferentes. (M1).

Existe un intento fallido por parte de “L” de acercarse a sus hijas. No encuentra la manera de poder vincularse sin dañar al otro. Se siente dañado y daña. Hay algo en su función paterna que es fallida. “L” se ubica en un lugar de hijo donde aún necesita ser cuidado, contenido, controlado. Él no puede cuidarse él ni cuidar a otros, incluso de sí mismo, de sus propios ataques. Los vínculos que establece, se encuentran dañados. Una familia que transmite que están muy cansados, desgastados de este proceso.

García & de Mendonça (1995), en su texto acerca de las estrategias asistenciales a pacientes graves, plantea cómo muchas veces las instituciones y las familias, ingresan en procesos de naturalización, conformando lo que Spivak (1987) conceptualizó como “espiral desocializadora”. Promoviendo una conducta de aislamiento y sin expectativa sobre posibles desarrollos o cambios en el propio paciente. La familia ingresa en un espiral de desesperanza, con un elemento agravante. Las experiencias de violencia transitadas con “L”, potencian y promueven la violencia familiar. Es en este sentido que la familia se encuentra enquistada, con un funcionamiento estereotipado y a riesgo de ingresar en una situación de violencia familiar con alto grado de complejidad.

### **El seguimiento y un tiempo después...**

#### **Segundo momento de corte**

En esta oportunidad se analizan las relaciones, contrastándolas con la lectura inicial en torno a las mismas.

En relación al compromiso de la familia en el tratamiento de “L”, la psiquiatra de la policlínica, transmite nuevamente su preocupación por la baja adherencia al tratamiento de “L”. Si bien refiere que son características propias de la patología, manifiesta que desde la casa-familia no existió la comunicación con el centro de salud, a modo de advertir lo que sucedía con la medicación; así como oficiar de referentes para fortalecer el tratamiento. En los inicios del tratamiento en la policlínica, su madre concurre a acompañarlo y pudo



mantener un encuentro con ella. Si bien asistió, habló muy poco durante el transcurso de la misma. A partir de ese momento, “L” “concurrió solo a los controles: “la familia del paciente, tampoco se acercó a la policlínica a transmitir su preocupación de que su hijo no estuviera tomando la medicación. No son una familia continente” (P2).

De los contenidos analizados, se desprende que la familia de “L” frente a los componentes agresivos que él despliega, opta por mantener una postura no confrontativa. La actitud pasiva que se denota en su familia, no promueve la continuidad del tratamiento y reasegura por su parte que “L” continúe ubicado en el lugar del “loco” en la familia.

Esta situación hace a que si bien se le insiste con la medicación, no se logra una continuidad en el tratamiento; la familia denota una actitud pasiva dado que frente a las dificultades que se le presentan, no piden ayuda a los técnicos. Emerge del estudio que las acompañantes se transformaron en un respaldo para el paciente y su entorno, pero también se constituyen en las depositarias de la responsabilidad relacionadas al tratamiento. Las dificultades están estrechamente relacionadas con la incapacidad de transmitir lo que está sucediendo; habla de un desconocimiento acerca del funcionamiento de la patología y la importancia del tratamiento en relación a la evolución de la misma. De aquí surge el lugar de relevancia que se le otorga a la psicoeducación para los familiares, en los programas de rehabilitación; dado que enfatizar la importancia de la continuidad del tratamiento, y tener información sobre el funcionamiento de la enfermedad, le otorga herramientas a la familia a la hora de acompañar el proceso. Estos se configuran en ejes nodales de la rehabilitación del paciente.

Surge del análisis, que su familia no posee información acerca de la esquizofrenia. Surge la interrogante: no le fue dada la información o ¿ellos no quieren saber? El conocimiento acerca de la misma, empieza y concluye en que es una enfermedad crónica. Preguntas y comentarios tales como: ¿se cura?, ¿no será por la droga?, no sé qué tan enfermo está. Son dudas e interrogantes que no fueron despejadas. Esto afecta directamente en el vínculo con “L”. El no saber, no comprender, conlleva al actuar desde el lugar del desconocimiento y en función de lo que genera en cada integrante. Las acompañantes manifiestan que su madre, no sabe en qué registro ubicarse en relación a “L”. Posee un funcionamiento ambivalente, por un lado lo sobreprotege y por otra parte es una madre que en afán de otorgarle autonomía, lo termina expulsando.

A- no lo expulsa, es como que lo quiera expulsar pero a la vez lo quiere retener. Es como un mensaje contradictorio que se da. Lo expulsa pero a la vez lo está llamando quince veces para preguntar dónde está. A qué hora vuelve, que está preocupada”. (A).



La ambivalencia en la que se maneja, promueve locura. Existe una dificultad por parte de su familia en adjudicarle un rol adulto, lo cual se ve reforzado por su modalidad vincular y funcionamiento. Bleger (1967) en simbiosis y ambigüedad, refiere que las personas con patologías mentales graves, establecen relaciones de objeto narcisistas: vínculos simbióticos y en contraposición estaría el vínculo autista: donde en el primero el depositario de las proyecciones es otra persona y en el segundo caso, la propia mente. En el primer caso describe aquellos vínculos que se establecen con objetos aglutinados (viscosos). Esta relación permite la inmovilización y control del objeto aglutinado. En la relación simbiótica, se produce una fusión primitiva de lo interno y lo externo, que obedece a una estructura primitiva de funcionamiento; la permanencia de esta modalidad de funcionamiento, constituye el núcleo psicótico de la personalidad; de la magnitud de este núcleo psicótico (aglutinado) depende la intensidad y el carácter de la dependencia simbiótica. En esta dependencia, los integrantes del vínculo funcionan como en bloque. No existe discriminación de uno con el otro. Berenstein (2008), alude que estos mecanismos producen el devenir de un sujeto de una manera particular. Es un ser donde no existe otro, sino que ese otro es su sí mismo.

En esta situación clínica, emergen a lo largo del proceso, algunos esfuerzos y esbozos en "L" por lograr cierto nivel de autonomía e independencia; el cual es obstaculizado por su madre o por el mismo. Se produce una mutua invasión de los espacios, no pudiendo visualizar al otro como un ser separado de sí.

La segunda modalidad vincular refiere a un funcionamiento autístico, donde el sujeto se repliega del mundo y se introduce en su mundo interior, cortando todo contacto con el mundo exterior. Haciendo referencia nuevamente a la actitud familiar frente a la enfermedad de "L", se detenta una postura pasiva; donde no existe una búsqueda de saber, no se busca comprender.

Al iniciar la segunda entrevista familiar, e indagar sobre como ha transcurrido el vínculo familiar durante ese período de tiempo, de inmediato traen algo en relación al vínculo con ellos:

... En otras cosas ha mejorado sí, en la comunicación por ejemplo con nosotros que te acordás por ejemplo que yo te había dicho que él, que él no se... Esta fiesta esta navidad cenó hasta con nosotros, y viste con las chiquilinas que estaban, con las hijas. Sí viste, y estuvo perfectamente bien. No va todavía a la casa de la hermana no va. Va al comercio. Si tiene que ir va. Pero a la casa de la hermana no va. (M2)

La comunicación habilita el lugar de la palabra, permite expresarse. En la medida en que eso ocurre, cede el acto. Se inaugura un momento familiar, donde puede ser convocado a reunirse y cenar todos juntos, sin que aparezcan elementos disruptivos; la cena de navidad configura un momento donde la familia se congrega, momento en el que “L” puede ser parte de dicho evento. Si bien su cuñado no participó en esta instancia, cuando se analizó el primer momento de corte, se vislumbra que el foco no estaba circunscripto a dicha figura; sino que no existían momentos de encuentro con ningún integrante del grupo familiar, incluyendo a sus hijas. La dinámica familiar comienza a tener otros sentidos, se comienza a instalar la posibilidad de diálogo y encuentro. En la medida que el entorno se torna menos persecutorio, emerge la posibilidad de un vínculo (K). Un vínculo que ya no se encuentra plagado de emociones negativas de amor (-L) y odio (-H).

Desde el discurso materno, emerge una luz de esperanza. Algo del orden de la ilusión comenzó a circular. Se contrapone esta idea, con lo expresado en los primeros encuentros donde refiere: “ya no sé cómo tratarlo. Si lo echo a la calle va a estar mejor que con nosotros”. Un nosotros diferente, habilita un todos, sin necesidad de la exclusión de uno de los miembros. “L” puede recibir una comida de su madre sin la vivencia de ser envenenado. El objeto madre ha cobrado otro nivel de significado. Es vivido en la actualidad, como una madre que puede dar algo sano, que puede ser recibido y valorado.

### **Sobre el vínculo con su padre**

En el corte anterior, “L” manifestaba a gritos su necesidad de tener un lugar al lado del padre, incluso emerge a través de construcciones delirantes. Esta necesidad era planteada a través del reproche, de la angustia, del dolor y la desesperación. Una angustia primaria que emana a consecuencia de no sentir un lugar en la vida de su padre. La amenaza estaba latente: perder su lugar como hijo en la vida de su padre. En la figura de su cuñado se proyectaba todo el enojo y su odio, lo cual permite proteger a la figura paterna de sus componentes agresivos, dado que existía un claro enojo hacia la figura de un padre ausente. El reclamo se transformaba en bronca y violencia y una angustia de ataque a su propio ser.

Surge en este segundo momento del proceso, un “L” más reflexivo. Alguien que continúa reclamando a este padre, pero desde otro lugar. Puede poner en palabras y expresar su sentir. Puede proponer y proponerse salir con él, aunque continúe defendiéndose ante un posible rechazo. Se anticipa a esta posible negativa de su padre a salir con él, anteponiendo un obstáculo real: “no puede salir porque no tiene libreta”. Aquí se observa como “L” justifica al padre, no enfrentando la situación de rechazo; pero por otra parte, se protege de sí mismo del dolor; aquello que en otros momentos configuraba un

acto, una reacción violenta ante la frustración; comienza a tener un esbozo de simbolización; incluso logra anticiparse a ella y busca mecanismos que le permitan tolerarla.

Yo quiero salir un poco a la calle, quiero salir un poco con papá, pero justo papá se tiene que ir a trabajar" y digo "Ah papá se va a trabajar sí," y obvio, y además él tiene que renovar la libreta, todavía no pudo salir mucho él, manejar mucho él. (L2)

Mi padre es una persona que nunca voy a entender. Siempre fue sólo, nunca le pide nada a nadie. Pero me llevo bien, no entiendo que no haya amor, que no haya tanto diálogo. Mi padre nunca me abraza". (RA)

Anteriormente la figura del padre quedaba ligada a la del cuñado, con una mezcla de emociones y afectos. Se configura aquí una desmezcla pulsional, donde "L" puede transmitir algo en relación a la figura paterna, pero en función de sí misma. Ya no hay otro que los separe, sino que es el propio padre el que no puede. Lo manifiesta desde un lugar de dolor; emergiendo una angustia de índole depresiva tras contactarse con un padre que es "solo". "Que no da amor". En tanto el otro no puede darme lo que necesito, no puede darme afecto. Aquello que se espera del objeto, debe ser resignado; renunciar a un deseo y una necesidad propia. Solicita sentirse querido por el padre, reclama su afecto.

En este segundo momento, "L" se permite demandar, explicitar sus necesidades, darles lugar. Denota un pensamiento más organizado y elaborado. Las cosas poseen un valor simbólico (representación de las cosas en sí mismas). Los pensamientos dan lugar a nuevas percepciones y nuevas elaboraciones. Bion (1986) plantea que en la medida que existan los pensamientos, se promueve la función de crecimiento y por lo tanto del aprendizaje a través de la experiencia. La capacidad anticipatoria, a modo de defensa, responde a ello. Por otro parte, vemos que se imprime un lugar para algo novedoso: logra comenzar a reconocer sus deseos, sus anhelos y las limitaciones ante los mismos.

En cuanto a la vivencia de su cuñado: "No dice tanta cosa, a veces le sale algo, así, pero es en ese momento y después, ya se le pasa" (M2).

El otro día en la fiesta, en navidad estábamos así y le gritó a mi vieja, la casa es mía no se qué. Es un atrevido. Un pendejo que no sirve para nada, entendés. Esa es la única persona que no cierra, para descansar y estar tranquilo. Tomarse unos mates, comerse un asado. Estar un fin de semana en paz. No podes tener paz por ese personaje. (L2)

Lo mismo con el cuñado primero era no lo quiero ni ver lo quiero matar lo quiero prender fuego y bueno después ta , capaz que quiero todo eso pero lo puedo ignorar también. Y no tiene porque aceptarme. Mismo el al principio no dejaba que las hijas jueguen con el sobrino y después en determinado momento las dejaba ir a jugar. Siempre ambivalente igual. Pero después pudo rescatar un poco al sobrino de que si bien el tenía problemas con el cuñado el sobrino no tenía nada que ver (A).

La presencia de su cuñado, implica una figura que lo altera, un objeto que le resulta amenazante. Interpreta en sus actos, acciones dirigidas hacia él con intencionalidad. La presencia del otro, lo invade. Proyecta en él todas sus inseguridades, su envidia. En la medida en que el otro aparece, él desaparece como sujeto. En la actualidad si bien estas proyecciones no desaparecieron en su totalidad, las expresiones emocionales dirigidas a él, poseen menor carga afectiva.

En este sentido, como ya se referenció en un capítulo anterior, durante el seguimiento se construyeron estrategias que permitieron el poder manejar los afectos en relación a su cuñado de manera diferente. “L” comenta que trabajó con ellas en la línea de no hacerle caso a sus dichos y seguir adelante. Las proyecciones hacia su cuñado, que antes contaminaban todo el entorno, quedan ceñidas a su figura. Su hermana y sobrino quedan despojados de estos contenidos persecutorios. Esto permite que “L” autorice a que sus hijas nuevamente puedan relacionarse con su primo, lo cual estaba vedado.

Florit-Robles (2006), plantea que parte de la estrategia de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia, implica que la remisión de la sintomatología delirante, habilita a al sujeto a restablecer sus vínculos cotidianos. Además de la terapéutica farmacológica, la creación de espacios donde poder pensarse a sí mismo y conocerse, le permite configurar estrategias a modo de afrontamiento frente a las situaciones cotidianas que producen estrés. En la medida que puede rechazar esos contenidos y mantenerlos alejados, puede continuar con su vida. Las nuevas herramientas le permiten adoptar una postura diferente.

El ignorarlo, implica una nueva modalidad de funcionamiento, que surge como estrategia en la intervención del seguimiento. El acompañante tiene como función el proponerle al sujeto **un espacio donde sentir y hablar**, así como poder pensar y actuar formas de funcionamiento diferentes a las que se suscitan en la vida cotidiana.

### **Sobre los vínculos de amistad:**

En la primera parte del proceso se pudo observar una gran dificultad en “L” de poder desarrollar vínculos con otros. Aquellos que en algún momento había conformado se fueron

disolviendo por diversas razones. Uno de los componentes fundamentales que imposibilitan el estar con otros, en construir vínculos, se debe a su alto grado desconfianza. Tiene una vivencia terrorífica del mundo y de las personas que habitan en él, por lo cual aquellos que intentan acercarse son depositarios de agresiones y hostilidades.

Los postulados de Bowlby (1980), nos remiten a pensar esta situación, en base a la noción de apego; en tanto se observan las dificultades en “L” para establecer vínculos sanos, estables y afectivos. Surge de la investigación, que la mayoría de los vínculos que desarrolla se encuentran plagados de hostilidad, agresividad y componentes paranoides, que forjan la base del desarrollo de un apego inseguro. Las representaciones primarias basadas en estas conceptualizaciones nos remiten a pensar en relaciones poco estables afectivamente y seguras que no habilitaron un desarrollo emocional equilibrado; donde predominó la existencia del control y el dominio en relación al otro.

Del análisis emerge la dificultad para construir vínculos por fuera del núcleo familiar, o aquellos que se forjan, no promueven la construcción de una relación sana. Un único vínculo que generó con un muchacho del barrio, al decir de su familia representaba una relación nociva para él; el cual “L” se empeñaba en sostener. Su hermana transmitía que era un vínculo que lo empobrecía, donde el oficiaba de mandadero para los cometidos del otro. “L” hacía pedidos a su familia, para satisfacer las necesidades del otro y no las propias.

En esta segunda instancia aparece una nueva figura en su vida.

No, para mí está bien, en ese sentido está bien. Él... Tenía un amigo acá, se conocen de chiquitos. Y este... Y estaba peleado, con el amigo, estaba peleado, más bien porque cosas de él digo, porque como él, cuando él estaba mal, se pelea contigo y todo el mundo. Y bueno, se volvieron a reconciliar y andan todo el tiempo, han ido a la playa...

P: Sí, bueno, este muchacho, es un muchacho un poquito más grande que él, que él trabaja, está trabajando y a veces no sé, y a veces, capaz que lo tiene cansado también, el otro está atrás todo el día, hay días que uno no está para salir a pasear o cosas.

E: Y cómo se dio esa reconciliación? ¿Ustedes saben, él les contó algo?

M: No, él no nos contó nada, nos contó el otro muchacho, el que se habían peleado y él me dijo, eh, que la culpa la había tenido él, (el otro). Me dice "La culpa la tuve yo, no debí de hacerle caso porque yo sé qué, que él estaba enfermo, la culpa fue mía" Así que no, no me contó por qué había sido...

E: ¿Pero no les contó quién se acercó a quién, como para restablecer el vínculo?

M: Claro, que, eso, eso no le pregunté, pero supongo que habrá sido él (“L”), capaz que fue, allá.” (Entrevista Familiar 2)

Durante el seguimiento “L” había manifestado la necesidad de “no estar solo” y la posibilidad de comenzar a salir y recorrer lugares, ir a playa. La capacidad de reconocer algo de sí mismo y poder transformarlo, nos habla de cierta capacidad creativa, de transformación. Esto nos remite a su posibilidad de modificar algo de su funcionamiento que no le resulta agradable, pudiendo salir de un funcionamiento rígido y estereotipado. Se observa en este ejemplo la posibilidad de transformar su realidad y permitirse construir un vínculo más sano.

En los procesos de rehabilitación, se enfatiza la importancia de fomentar los procesos de inclusión social, evitar la tendencia al aislamiento y promover acciones que resulten sanas para el sujeto. En este sentido el seguimiento permitió establecer un vínculo de confianza que habilitó a trabajar sobre sus modalidades de relacionamiento, en la línea de la rehabilitación.

Como propuesta inicial y a los efectos del seguimiento, la psiquiatra de sala, había planteado la importancia de asistir a algún centro de rehabilitación. Esta iniciativa fue sugerida a “L”, siendo descartada de manera inmediata con una negativa total. Se manifestaba renuente a realizar actividades de ésta índole; asociado a la dificultad de aceptar la enfermedad.

Durante el proceso de seguimiento, el pudo contactarse con su soledad; generándole por un lado sentimientos de tristeza al darse cuenta que estaba solo, así como también la importancia de no estarlo. El reconocer que la presencia de otro (las acompañantes), le resultaba agradable y lo hacía sentirse mejor; le genera la necesidad de pensar estrategias para ampliar su mundo de relación. La **posibilidad de socializar** forma parte de las funciones del acompañamiento y se enmarca en la estrategia del seguimiento; contribuir en la reinvestidura libidinal de los objeto y fomentar los vínculos sociales. En la medida que siente que puede confiar, sale al afuera en busca de otros vínculos.

Comenta:

He salido más. Me he vuelto a los amigos que tenía antes.

E: A ver ¿cómo fue eso?

L: he ido a comer a la casa de amigos.

E: Te habías alejado de ellos.

L: claro lo que pasa es que estuve encerrado. Viste que encerrado los amigos.. Estuve un mes encerrado". (L2)

"Ayer fui a tomar unos mates a lo de un amigo, estaba haciendo un gallinero". (L2)

"El otro día vino un amigo de acá, del barrio, me invitó a ir a la Iglesia. Es un amigo de la escuela, nos volvimos a encontrar después de tanto tiempo. Va a otra Iglesia que se llama Misión Vida. (L2)

A si el manifestaba que tenía unos amigos, un par de amigos, a veces tenía relación también con gente de la iglesia que él iba. Con sacerdotes y demás, pero él iba a la casa de algunos amigos que eran músicos y se juntaban a veces a hacer música y demás y después estaba como este último tiempo recuperando o restableciendo algunos vínculos que eran más que nada de la escuela que él se había alejado también por algunos temas más bien delirantes más que nada, que se había perseguido que había asociado cosas.... Este un amigo me acuerdo que había tenido problemas el con la casa de él, algo del amigo que no le gustaba y por eso se había dejado de vincular. Y bueno él como que reconsidero eso mismo, no le gustaba de ese amigo que el andaba mucho en la noche y que él decía como que andaba de joda y que no se qué; como que pudo digamos tomar todos esos aspectos e integrarlos. Los aspectos buenos y malos y quedarse con poder restablecer igual de todas formas la amistad por más de que tuviera aspectos que no les gustaba y lo mismo hizo con el cuñado en su momento". (A)

En estas palabras se ilustra, la posibilidad de comenzar a integrar las vivencias de objeto bueno y malo, de forma paulatina. Se permite probar, darle y darse nuevas oportunidades. El Modelo de Recuperación, como dispositivo de rehabilitación de personas con esquizofrenia, enfatiza en la importancia de recuperar un proyecto de vida. La recuperación se conceptualiza de la siguiente manera "facilitar los procesos individuales partiendo del descubrimiento del ser y de los deseos personales" (Rodríguez, F; .2009:19).

Se citaba en el marco teórico, recuperar un proyecto de vida, en la medida en que se comprende que en algún momento el sujeto pudo gestar un proyecto propio, el que se vio impedido de desarrollarse por la enfermedad. De no ser así, se construye la posibilidad de construir uno nuevo en función de sus posibilidades y recursos. Se resalta la importancia de ajustar una estrategia adaptada a las características e intereses del paciente comprometiéndolo a la familia y al entorno social en ello. La alianza familiar en este sentido es fundante, dado que permite un marco de contención para el paciente.

### **El entorno se ha vuelto menos persecutorio:**

Y él, en el último tiempo, ¿ha tenido diferencias con los vecinos como tenía problemas...?

No, no últimamente no. Porque antes salía gritando y salía gritando. Ahora no, el No ha salido, no. Es malo, porque insultaba a al agente que no tenía nada que ver y a veces, hasta un problema era. (M2)

Entrevistadora: ¿Y cuál sería la diferencia entre ese momento y el momento actual? ¿Qué cosas distintas ustedes ven que puede haber?

M: En la comunicación. Que ahora él se comunica más con todo el mundo. Y que anda tranquilo, no anda gritando, no anda a los gritos. Solía irse a los gritos, y subirse arriba de la casa y salir a gritar...

P: No pero ella dice cuando él estaba bien la otra vez. Él no estaba tan comunicativo como ahora. Ahora sí él, conversa con los vecinos...(M2 y Pd2).

Surge en este segundo momento de corte del proceso, un “L” que es capaz de dialogar con otros: familia, vecinos. No requiere estar constantemente a los gritos diciendo, enunciando. Comienza a sentir un cierto grado de confianza en hablar con el otro y sentirse escuchado.

En el discurso materno, surge también que ella mediante el seguimiento pudo comprender la importancia de reconocer en el otro una necesidad; describe como dependiendo de las formas, es que se obtienen los resultados. En la medida en que ella se vincula con él desde la prepotencia o desde la exigencia, no era escuchada ni tenida en cuenta. En la medida en que aprende que “L” es “terco” y que no le gusta que le hablen desde ese lugar, logra modificar su forma. A su vez, las acompañantes oficiando de referentes, habilitaron y mostraron otras modalidades de vincularse. Esta escena, pudo ser presenciada por la madre y le permitió comprender que existían otras formas de establecer el vínculo. En este sentido Berenstein (2008), va a plantear que en la medida en que el otro se siente reconocido desde la otredad, con necesidades e intereses, logra poder estar para otros. Se siente mirado y es capaz de escuchar y comprender al otro.

### **En relación a su paternidad:**

El rol que “L” ha desempeñado a lo largo de su vida en relación a sus hijas, ha sido desde un lugar secundario. No ha logrado asumir las responsabilidades del cuidado de las mismas, de su manutención; dado que tampoco él ha podido ni sabido cómo cuidarse. A su



manera, el ha sido una figura que ha estado presente en la vida de ellas y ha defendido su paternidad desde sus posibilidades; manifestando de manera constante su necesidad de verlas y de estar con ellas. En el primer momento del proceso de seguimiento, la vivencia de sus hijas, no podían separarse totalmente de la vivencia general del mundo de los otros (objetos amenazantes). Si bien no existe una clara proyección en ellas como objetos persecutorios, éstas formaron parte de la vivencia apocalíptica del mundo y de los objetos que habitan en él. Pese a estas vivencias, "L" desde su discurso refería la necesidad de estar presente en sus vidas y poder ubicarse en un rol paterno, dado que constituye parte de su identidad: "soy padre".

En este segundo momento se puede observar una actitud diferente. Los distintos actores lo transmiten así:

M: Sí, nunca se ocupó como dicen, pero en el sentido de que, de que, juegue con ellas, de que, de que les compre alguna cosa, que antes no lo hacía, él ahora por ejemplo cobra y siempre que le da para, para que se compren una coca cola, que se compren un dulce, lo que sea, e incluso a veces va "vamos a comprarnos una coca cola" y ahí las gurisas van, o "vamos a comprar tal cosa", en ese sentido sí se ha ocupado más, más de ellas". (M2)

"Mis hijas es lo más grande que tengo, Una escala en la pirámide y serían la piedra angular. Lo más importante mis hijas, viste. Y las veo mucho, gracias a Dios las veo mucho. La madre las deja ver". (L2)

Mi padre nunca fue con nosotros como yo soy con mis hijas. Mi madre me dice perro alzado porque abrazo y acaricio a mis hijas, lo más lindo que hay es conversar todos los temas, pero a veces no sé cómo se hace, por ejemplo lo de la menstruación, o lo de los novios...

Una vez tuve una novia que era estudiante de psicología y ella me decía que mi problema era la falta de cariño. Yo soy diferente a mi padre nunca fue así con mi padre como con mis hijas... Yo juego con mis hijas como un niño. Pero si hay que hablar de algo hablo..." (RE)

El vínculo que tenía con sus hijas era como el vínculo más sano, él manifestaba que con sus hijas jugaba, prendía música, hablaba de cualquier tema, él manifestaba temas digamos de preocupaciones comunes que cualquier padre puede manifestar, de que están creciendo, no, preocupación de que van a tener novio, o sea, son súper sano, y fue como el vínculo o la manera de relacionarse que siempre se mantuvo de igual forma y siempre

se lo vio sano .Como respetando su espacio y como que también ellas respetaban , aceptando por ejemplo las diferencias con sus hijas ,porque a el supuestamente le robaron su guitarra, entonces el usaba la guitarra de una de sus hijas ,decía:” pero mis hijas no me la quieren prestar la guitarra “ y el no se enojaba. Lo tomaba bien. Decía: “está bien igual que no me la presten porque es de ella después yo ya me comprare mi guitarra” como poder aceptar digamos que son otras personas distintas a él. Y como que en realidad lo que a él más le dolía no tenía que ver con sus hijas en cuanto al vinculo sino al entorno que no le permitía a veces ejercer su paternidad de la forma que él quería, por ejemplo, acompañándolas a la escuela o pasando otro tipo de tiempo más exclusivo entre ellos sino que había siempre como interferencia de otras personas.

Entrevistadora- . ¿Y la familia que idea tenía en relación a esto?

E- no, la familia decía lo mismo, no, de que el pasaba mucho tiempo con sus hijas, siempre lo catalogaron como un padre afectuoso y demás, pero no podían ver digamos, que eso fue algo que no se pudo trabajar bien por el tiempo, esto de no permitirle ser a el padre de la forma que él quería. Eso fue algo que nos manifestó el, que tampoco pudimos hablarlo entre todos, tampoco nos parecía bueno ir a decirle a la familia lo que él nos había dicho.

(Se pregunta si él pudo transmitirle a la familia sobre esta situación).

E- no lo único fue como un reproche de cuando las acompañaba alguna vez a la parada que la madre de “L” lo llamaba todo el tiempo y él le dijo :”yo estaba esperando que se tomen el ómnibus”, “a donde me iba a ir”. Eso fue como lo único así que se hablo en relación a esta situación. Más que nada se pudo hablar de la violencia que se desataba en esa situación, con “L”, que la madre decía que él se ponía violento pero que la madre lo provocaba. Más que nada como en esa interdependencia entre ellos no tanto en el vínculo así con las hijas sino como mas general se hablo. (E)

Estos fragmentos se expresan contenidos significativos.

En primera instancia, existe un nivel de naturalización en la familia donde los lugares son asignados dentro de la estructura familiar. “L” no ocupa el rol de función paterna de sus hijas en la dinámica familiar. Tiene designado un lugar fraternizado, de ser el que juega con ellas; la familia no lo reconoce como padre. Esta designación se produce en la interrelación

familiar. Donde el no puede asumir un grado mayor de responsabilidad para con ellas y la familia no lo inviste desde ese lugar. Lo inhabilita en su poder hacer. Esto también podría concebirse como forma de ser padre y estar presente desde allí. No solamente desde el cuidado.

La familia es quien asume los cuidados de sus hijas; se juega aquí la exclusión y autoexclusión. No hay lugar para el cuestionamiento acerca de los roles que cada uno ocupa en relación a sus hijas. No existe posibilidad de transformar esta escena. Quizás esta situación obedece a que aún no están dadas las condiciones para poder efectuar un movimiento de ésta índole. Su familia tampoco le reclama un rol más activo. “L” lo dice en secreto, lo dice en su espacio. En un lugar (seguimiento) que le brinda tranquilidad y no lo amenaza con echarlo con abandonarlo. No puede hacer de este contenido algo público o manifiesto..... Cabría preguntarse, ¿por qué resulta tan difícil transmitir su sentir a la familia? Por un lado podría pensarse, que obedece al temor a no poder cumplir con las responsabilidades. El temor a enfrentarse a su familia, emerge pensando en una reacción retaliativa, censurando cualquier tipo de expresión. El silencio contiene y lo preserva de la violencia o de un posible abandono. Pensar diferente muchas veces remite a una exclusión. Su madre, una figura ambivalente; por momentos reclama y exige una postura diferente y una actitud más activa (en temas cotidianos) y por otra parte, no habilita un lugar de responsabilidad, no promueve un cambio. Ella y su familia asumen ese rol. Esto establece un modo de funcionamiento, donde por un lado “L” critica su “no lugar” y por otro lado lo acepta. Existe una ganancia, que implica el eludir responsabilidades, manteniéndose en un lugar infantil, en un lugar de hijo.

En relación a la función que el desempeña en la vida de sus hijas, ella plantea que anteriormente él no se ocupaba de nada relativo a ellas. En este momento del proceso, plantea que se ha generado un cambio. Ella refiere que ahora se ocupa más de ellas. Comenta episodios cotidianos, donde él puede brindar algo de sí para comprarles o regalarles. Cuando antes se resaltaba que él pedía cosas para sí mismo.

Existiría un cambio en la posición subjetiva, donde citando a Freud (1914), el sujeto puede dejar de pensarse como único y protagónico, para comenzar a pensar en otros. Se produce un desplazamiento de la libido narcisista a una libido de objeto. Esta libido narcisista se configura en la medida en que el sujeto se repliega a un mundo de funcionamiento autístico (libido ubicada en el yo), dado que el mundo de los objetos (exterior) se torna amenazante. Se produce un segundo momento, donde se comienza a catectizar nuevamente los objetos del mundo exterior por dejar de percibirlos tan amenazantes.

Sus hijas aparecen como las figuras más significativas en su vida y sobre las que vuelca todo su afecto.

A través de seguimiento, se comienza a instalar un paralelismo donde “L” se piensa desde el lugar de padre y a su vez reflexiona sobre la paternidad de su padre y los roles desempeñados por ambos. El expresa que desde el punto de vista afectivo, existen diferencias con su padre, donde entiende que él puede conectarse desde otro lugar con sus hijas, demostrando afecto. Esta situación nos remite a la detección de su propia carencia y una necesidad de no reproducirlo en su vínculo con las mismas.

Se observa un “L” que puede vivenciarse por momentos como otro diferenciado, sin quedar capturado por el funcionamiento familiar; construye un rol de padre que le es propio. Para ello se toma como ejemplo en el sentido de ver lo que el otro (hijas) necesitan para sí.

Es importante a los efectos de este estudio, consignar que surge algo novedoso en el seguimiento. Es la primera vez que en su discurso “L” se refiere a sus hijas mediante una preocupación propia de un padre. ¿Cómo ser padre? Cómo abordar temas específicos de mujeres? Inquietudes de un padre que comienza a pensar en el cuidado de sus hijas, con las preocupaciones propias de las etapas evolutivas que ellas atraviesan. Las situaciones de encuentro con ellas, desde su relato, configuran instancias de intercambio de temas cotidianos así como también cuestionamientos y temores que le transmiten. En esos espacios, “L” se siente siendo padre, aconsejando, hablando, escuchando. Se siente desempeñando la función paterna.

En esta etapa donde se inicia un proceso de pensarse en relación al vínculo con sus hijas, recurre a sus propios modelos identificatorios. En ese recorrido de buscar imágenes en su memoria, se evocan recuerdos donde no hay registro de situaciones afectivas, ni demostraciones de cariño. Refiere que él puede desempeñar un doble rol: él se percibe como una figura dinámica y flexible, donde por momentos puede ser un niño y jugar con ellas (a modo regresivo), como también ubicarse en un lugar adulto (padre) y hablar de múltiples temas. Aparece el contacto corporal (abrazos, etc.) como señales de demostración de afecto. Esto es criticado por su madre con la denominación “perro alzado”. Aquí se incluye un componente sexual en relación a sus hijas que no queda claro de donde proviene. Quizás a su madre, teme el contacto afectivo y corporal de “L” con sus hijas demostrando cierta preocupación. Cabría preguntarse si esto despliega alguna fantasía en particular, proyectada sobre este vínculo del que se desconocen datos concretos.

## **Surge una nueva figura significativa en la vida de “L”, su hermano “E”**

Cómo se ha mencionado, “L” tiene 3 hermanos por parte de padre. Con uno de sus hermanos comienza a entablar un vínculo más estrecho en este período de tiempo. Un hermano mayor que él, que por momentos oficia de referente para “L”.

Con “E” se ve, con el hermano mayor se ve sí porque está cerca, está acá nomás, está acá en la ruta. Ahora hace días que no va qué raro. Hace días que no va. Porque es psicóloga la nuera de él es psicóloga (...) a veces queda pesado porque él no tiene hora. A veces lo llama a las tres de la mañana. Cómo a él no le importa la hora. Ah, a las tres de la mañana lo llamó.

Eh, tienen mucha afinidad porque, al otro le gusta mucho la música y a él también, hablan mucho de música, y todo”. (M2)

Del análisis de los discursos, emerge una doble necesidad en el paciente: por un lado de construir nuevos lugares y comenzar a vincularse con otras personas; así como la necesidad de buscar un referente paterno que le brinde algo de lo que él necesita (hermano mayor/ figura paterna). En el inicio, esta búsqueda se producía en el entorno de la iglesia y en la figura de Jesús. Necesita buscar una figura que lo guíe y aconseje en la vida, una figura disponible-omnipresente; así como también tener instancias donde compartir los gustos e intercambiar acerca de ellos. En este sentido, el entiende que con sus hijas, puede ubicarse en ese lugar. Por momentos se observa que frente al descubrimiento de sus propias necesidades e intereses hace que busque ayuda sin contemplar al otro. El otro es un medio para conseguir sus fines y satisfacer aquellas carencias y ausencias que él detecta en su vida.

### **Sobre sus relaciones de pareja**

“Y ¿a nivel de pareja?

E- muy ambivalente, yo digo, que por momentos quería tener una pareja y decía que le gustaba una vecina, pero que no me acuerdo bien cómo fue que el le había mandado una carta o algo así y la vecina no se la respondió o no sé , no me acuerdo bien, pero , y por momentos no, no quería pareja, sentía culpa si pensaba en alguna mujer o algo, relacionaba todo el tema de tener una pareja con lo carnal, con el pecado, todo muy , estaba el tema religioso jugando ahí, entonces siempre iba y venía con ese tema hasta ultimo momento . A parte el tubo una pareja antes de la madre de las hijas como

muy significativa, que era una muchacha que creo que iba al liceo con él,(...) le gustaba el rock, como muy iguales y estaba en pareja con él y ella quedo embarazada de otro muchacho y ahí se separaron y después el conoció a la madre de las nenas y ta y fue como una separación que él la vivía actualmente, como que estaba muy presente ese dolor, de la traición de esa pareja.(...) no había sido muy correspondido el amor de la madre de las hijas con “L”, como que tuvo varios desencuentros amorosos, entonces eso también como que lo hace ir y venir en esa ambivalencia. El aparte planteaba como esos desencuentros amorosos con las dos parejas como algo que lo determino mucho y la familia también, como que a partir de ahí hubo un cambio en él. (A).

M-pero ¿un cambio a nivel general o en cuanto a buscar una nueva pareja?

E- un cambio de (como puedo decir) a que no era el mismo “L” a partir de esos desencuentros, de esas frustraciones. Y eso lo plantearon los dos tanto “L” como la familia. (A).

L: si si. Pero es como yo te digo. Si tuviera una pareja estaría mejor. Estaría sentada con ella tomando mate y escuchando música”. (L2).

Las desilusiones amorosas ha sido un tema complejo en la vida de “L”. Las relaciones de pareja quedaron ligadas a la ecuación amor-traición. La vivencia traumática que configuró la situación de abandono, solo fue referido a las acompañantes, no emergió en las entrevistas de la investigación.

La búsqueda de una pareja se encuentra ligada a la necesidad de estar acompañado; remite a una demanda narcisista, más que a un compartir con otro y aceptar a otro como tal. Qué lugar se le otorga a la pareja y el para qué, es algo confuso de discernir. El tema de pareja puede tener una doble vertiente: por un lado el estar acompañado y por otro parte cumplir con determinados ideales sociales o mandatos auto impuestos.

Durante el proceso de seguimiento “L” tomó contacto con su necesidad de estar acompañado de alguien y no en tener una pareja específicamente, con lo que ello conlleva. Por los contenidos transmitidos durante el seguimiento, las parejas le han afectado de una manera importante en su vida. Generándole niveles de angustia y frustración que no ha podido tolerar ni elaborar. El acompañamiento permitió contactarse con estas necesidades y desplegar estrategias que le permitan contrarrestar este sentimiento de soledad, generar una apertura hacia el afuera. Buscar compañía con otros y en otros lugares.

## **Las hermanas: procesos en paralelo**

A lo largo de su vida, “L” ha desarrollado con cada una de ellas un vínculo diferenciado. Con una de ellas por cercanía y afinidad, pudo establecer un vínculo más apegado, pese a las personas del entorno que oficiaban de obstáculo en el mismo (su cuñado). Con su otra hermana, la relación está muy dañada (fue quien lo denuncia por violencia doméstica). “L” manifiesta su deseo de acercarse, pero no logra encontrar la forma de hacerlo; está realizando intentos para lograr algún acercamiento.

Su madre refiere que “L” pretende acercarse, mejorar el vínculo. Ella está oficiando de interlocutora para favorecer una aproximación entre ambos. Comenta que su hija mayor es más estricta. Que la hija menor siente mayor afinidad por “L”, incluso se desesperó cuando lo internaron.

En relación a los cambios de “L”, la madre comenta que al verlo diferente, la hija menor se ha aproximado más. Que la mayor le cuesta más creer y confiar nuevamente en él.

## **El sentir de la familia frente a “L”**

Se interroga a la familia sobre su sentir en relación a la convivencia con “L”, dado que en el primer momento del corte, ellos habían manifestado sentirse afectados con toda la situación.

“M: Ahora digo, no sé, ahora como que estamos más...

P: Más relajados, más tranquilos.

M: Más relajados, pero déjame, yo te voy a decir una cosa, ahora con esto que pasó los otros días yo ya me empiezo a poner, como tensa viste. Ya empiezo a pensar, y si se pone agresivo? ¿Si se descompensa? Mi miedo es que se descompense, que sea agresivo no, porque digo, yo lo controlo en ese sentido. Pero mi miedo es que se descompense y que no me entiendo cuando yo le empiezo a hablar, que yo sé que después termina internado, porque sé que la única solución es internarlo cuando está descompensado. Entonces ya, pero no, vengo y le pregunto ¿cómo te sentís? Y dice "no, estoy bien, estoy bien" Entonces bueno, pero ayer de mañana estaba así como que la cabeza no le daba y eso era exclusivamente porque, no había dormido, no había dormido porque yo, yo soy mucho de no dormir. Duermo el primer sueño, me despierto a las dos de la mañana, a veces son las cinco y media y

yo estoy sentada ahí, leyendo. Entonces cuando no duermo, me pongo como dicen, loquita.

M: Sí... Como hablarle más bien, porque viste...

P: Sí porque a veces no reacciona, porque él hace cosas que mal o bien, uno piensa que son malas, y claro como no está bien, reacciona, y capaz que no hay que reaccionar en ese momento. Y capaz que uno reacciona porque ya viene bichuca la mano, ya viene así por ay, y a veces salta al pedo, porque uno lo relaja y cosas, y después, después piensa capaz seriamente...

M: Él hacía, porque ahora no lo hace. Que él hacía". (M2 y Pd2).

Las tensiones familiares comienzan a remitir, pero no el estado de alerta. Su padre que se había presentado como una figura, más descreída en cuanto a las posibilidades de "L" en modificar su conducta, y con una postura más crítica en relación a la figura de su hijo; actualmente plantea sentirse más tranquilo en relación a él. Por primera vez su padre se manifiesta como sujeto afectado por la situación. Mencionábamos en el primer corte, como el padre ubica a la madre en el lugar de la preocupación por la situación de "L", situándose en un lugar de ajenidad. En este momento se lo observa más incluido, preocupado por esta situación. Desde su discurso se muestra involucrado y desde un lugar reflexivo. Denota una postura crítica sobre el funcionamiento de ellos como padres. Ante el comportamiento de "L" ellos "reaccionan mal", refieren. Hay una nueva dimensión que se incorpora, se abre una brecha para lo nuevo; un saber nuevo. Un saber que advierte que esta forma de vincularse no es la adecuada para fomentar un buen vínculo. En el discurso se observa claramente como se oscila entre un proceso de indiferenciación–diferenciación. Por momentos la madre está hablando de "L" y en el discurso se entremezclan pasando a hablar de "L" y de sí misma a la vez, como una continuidad y de forma indiscriminada.

Desde los diferentes discursos surge la posibilidad de comenzar a pensarse en torno al funcionamiento familiar y sus componentes hostiles. Refiere "uno lo relaja al pedo...y luego piensa capaz seriamente...". Este segmento enuncia el acontecimiento de algo nuevo. Algo de lo trabajado con la familia en el seguimiento, generó un movimiento. La importancia de mostrar otras formas posibles de vincularse. En este sentido el acompañante se ofrece de referente donde la madre remite a las formas en que las mismas se vinculaban con él. Enfatizando en las formas y no en el contenido: "Si yo le sigo hablando así....nunca va a entender, entonces conviene que..." Eso lo entendí como dicen las chiquilinas (risas)"" (M2.)

En la medida en que los modos cambian, cambia el decir de las cosas y por ende la respuesta a las mismas. Se abre una brecha que permite pensar las modalidades vinculares y una crítica reflexiva sobre las mismas. La familia logra captar como muchas



veces las situaciones de violencia se desencadenan en los modos en que ellos transmiten las cosas. La madre refiere que cuando le empezaba a hablar, terminaba en descompensación. Se produce una secuencia de efecto dominó: palabras- confrontación descompensación- internación.

Pereira (1994) refiere en relación a los estudios realizados por Green, que la existencia de “elemento tercero”, permite interceder en la relación dual que se establece. Se vislumbra en este proceso, que el espacio de seguimiento permite el despliegue de los contenidos agresivos, la contención y el límite. No reproduce una lógica instituida, sino que pretende comprender lo que sucede y otorgarle otros sentidos. La palabra viene a sustituir el lugar del acto o de la respuesta violenta. Se despliega un proceso que consiste en dos factores: por un lado requiere el despliegue de una función de holding y reverie que permita contener y soportar los ataques y por otra parte requiere de un proceso de metabolización; otorgarles sentido a aquellas cosas que no poseen representación con el fin de reintroyectar aquello que se proyecta, de una forma más tolerable. La actuación está constituida por impresiones y sensaciones que no son toleradas por el yo y no poseen un proceso de elaboración y son proyectadas al exterior, con la misma intensidad con las que se vivencian. Por esta razón la capacidad del otro (madre-acompañante-otro), de tolerar estos contenidos vividos a modo de ataque, y no devolverlos sin metabolizar, es lo que permite la construcción de un vínculo. Bion (1986) refiere que esta función es fundante en la constitución de un aparato psíquico, promoviendo un buen desarrollo y la función de crecimiento citada por él en el marco teórico.

En los procesos de rehabilitación, uno de los componentes importantes que contempla el abordaje familiar, según refiere Roberto Pereira (1994) implica: el modificar las respuestas emocionales (concepto de Emoción Expresada) de la familia en relación al paciente y ayudar a las mismas a generar estrategias válidas de afrontamiento y resolución de problemas. Así como un espacio de apoyo para las familias, donde poder canalizar sus angustias y ansiedades que emergen de los vínculos cotidianos con el paciente.

Del presente estudio surge el proceso de seguimiento favoreció la instrumentación de un espacio familiar para pensarse y pensar las características del vínculo. Expresar las emociones de una forma diferente y no mediante la utilización de la violencia, ni desvalorizando el lugar del otro. Pereira (1994), refiere que es fundamental la calidad de la expresión de las emociones en el vínculo con su familia y se plantea como objetivo principal modificar las formas de comunicación. De las funciones del seguimiento, se tiene como cometido habilitar un espacio donde pensar y reflexionar acerca de sí mismo. A su vez se destaca a nivel familiar que el haber presenciado la modalidad de las acompañantes con “L”,

les permitió comprender que había en ellos una actitud fallida. Su familia resalta las formas, los contenidos utilizados y principalmente su capacidad de escucha. Se resalta entonces la importancia de intervenir en situación y desde la cotidianidad del paciente, lo cual habilita a conocer y comprender las características de los vínculos y el despliegue de la dinámica intrafamiliar.

En el relato de la madre surge varias veces el término lo entendí. Como si por primera vez ella hubiera logrado comprender algo. Algo en un sentido amplio. Es resaltado por la familia que la riqueza de la intervención, fue desde un lugar de acompañar codo a codo y sostenerlo/los y no desde un debe ser. El intervenir in situ, permite ver las formas, contenidos, pero por sobre todas las cosas, observar como ante una modalidad diferente, un hacer diferente, la respuesta también es diferente.

### **El sentir de “L”**

Durante el proceso de seguimiento, el espacio ha permitido que “L” se contacte con sus sentimientos en relación a las figuras paternas. Si bien por momentos son vividos como figuras ambivalentes, es posible observar en las palabras que preceden, un discurso propio que incluye una postura crítica y reflexiva entorno a los mismos:

A veces soy como el mártir de la familia. Mi familia por afuera aparenta una cosa, como que tienen educación, pero por dentro son una porquería. Mi madre muy educada y adentro un bicho.

Mi padre ¡cuidado lo que diga la gente! y adentro un ogro. Me mato esforzándome haciendo todo bien. Mis padres no se sientan en la mesa conmigo a agradecer la comida, a veces se sientan con “S”, yo no me siento con él, en navidad se sientan y yo acá, me llaman...Yo sé que ellos me quieren más a mí. Yo sé que el amor te lastima, pero ella no puede cambiar a la familia por un pedazo de carne” (refiere a la hermana)”. (RA).

El “mártir” ¿como “portavoz”? “L” enuncia el dolor ante la vivencia real de sus padres. Puede reconocer lo que es de ellos y lo que es de él de manera diferenciada y no a modo delirante. Cuanto de esta vivencia, plagada de contenidos proyectivos, no se asemeja a una realidad. Una madre vivenciada como un bicho y un padre que representa un ogro. Figuras que no promueven un acercamiento afectivo; y que le otorgan a otro (cuñado) un lugar en su mesa, quedando él desprovisto de esa posibilidad. No hay lugar para la comprensión y para su sentir. Hay una lucha constante a lo largo de su vida, por sentir que ocupa un lugar en la vida de los padres. La vivencia de una madre totalmente desvalorizada y vivida como dañina y destructiva por dentro. Esta frase nos remite a las vivencias tempranas de un pecho malo,

planteadas por Klein (1957). Un bebé que percibe un pecho que daña que destruye o un pecho envidiado que guarda para sí aquello que se desea. El bebé no tolera la separación con el objeto en intenta destruirlo, manifestando expresiones de odio y hostilidad.

“Vos me preguntaste como estaba pasando. Bueno eso. Aparte de eso, la voy llevando. Con mis hijas. Con mi familia, estoy bien. (L2).

Frente a la idea de irse de su casa a vivir a una pensión, refiere:

L: Yo nunca viví en otro barrio, capaz que viviendo en otro barrio sería una experiencia nueva para mí. Conocer nueva gente. Capaz sería más respetado. Más.. La biblia dice el profeta carece de honra en su tierra y en su familia. Ahora yo si me voy del país... soy una súper persona en otro país. Entendés? Ta tengo que tener plata, para vivir. Pero el profeta carece de honra en su pueblo. El que se va desde un lugar a donde nadie lo conoce y dice ah mirá es nuevo, es nuevo. Si acá se muda una persona decís ah mira, es nuevo y lo querés conocer. Te sale la mejor onda. Pero acá estoy en lo mismo de siempre.

E: ¿Será que tú a veces te sentís que no sos valorado?

L: Ah sí sí. A mí no me respetan. Mi familia ni me respeta.” (L2).

En “L” convergen sentimientos ambivalentes en torno a su familia. Refiere por un lado la posibilidad de manejarse con ellos de una manera más adecuada y sentir que está bien, y en otros momentos la necesidad de alejarse. A pesar de algunos procesos de cambio que “L” logra valorar, existe la necesidad de algo que nunca llega. El sentimiento de frustración y de dolor se actualiza y se resignifica en diversas acciones. Unos padres que si bien han logrado comprender algo de lo que le sucede, se dificulta poder ubicarlo en un lugar otro. Reconociéndolo como un sujeto diferente a ellos.

Frente a su constante necesidad de ser mirado desde un lugar diferente a la enfermedad, despliega la fantasía de irse a vivir a otro lado, erigiendo así un lugar nuevo. Ser una persona ajena y extraña en un lugar nuevo, le permite la construcción de un nuevo ser. Que le otorguen la oportunidad de verlo como una persona diferente, reconocerlo y valorarlo. Emerge desde el discurso de “L”, el peso del estigma social en relación a la enfermedad mental. Entiende que en un lugar nuevo el puede despojarse de dicho estigma de ser el “loco” para constituir una identidad distinta. Darse la posibilidad de que los otros se acerquen y quieran conocerlo.

Refiere párrafos arriba:

“Me mato esforzándome haciendo todo bien. Mis padres no se sientan en la mesa conmigo a agradecer la comida...” (L2).

Su padre en dichos anteriores, a modo de autocrítica, reconoce esta actitud en ellos. Hace mención a la dificultad que tienen de despojarse de algunos a priori y permitir-se algo distinto, algo nuevo. La vivencia de los objetos emerge de forma ambivalente como sucede en las patologías graves, donde en la misma entrevista en la que refiere que quiere alejarse de su familia, refiere también lo siguiente: “Las cosas están bien, con mi madre disfrutamos de una vida familiar”. (L2).

### **El cierre del proceso**

Para la entrevista de familiar de cierre del seguimiento, se acordó tener un encuentro con “L” y su familia. Cuando se acordaban los detalles, la madre les plantea que quizás el padre no podía participar. Sin ninguna explicación al respecto.

E. La última entrevista primero lo hablamos con “L” de hacerlo familiar, cuando se lo planteamos a los padres, la madre había dicho que capaz el padre no podía. La madre dijo. No el padre no puede. Entonces le dijimos: bueno si no puede la próxima pensamos en algún día que estén todos porque era fundamental la presencia del padre, no solo para el proceso sino también para “L”. Que era bastante significativo. Y luego participo el padre claramente. (A)

Y mismo el padre con una postura, se intentó que él tenga la iniciativa porque si bien la madre ocupa ese rol invasivo, el padre se descansa en ella. Dicho de una forma muy natural “ella es la que se encarga de todo”. Ella es la que lo acompaña. Yo no entiendo, yo no sé”. Se intentó de que el también pueda tener otro tipo de vinculo distinto al que venía estableciendo con su hijo. Pero siempre enfocados en el vinculo de ellos con.. No de “L”. (A)

La experiencia del encuentro familiar...Interesante de pensar y analizar.

Cada vez que “L” decía algo los padres trataban de minimizar la situación: “cállate, cállate, ya estás diciendo pavadas”.

Otra de sus intervenciones: “Yo no me olvido cuando vos mirabas a Laura por la cerradura... no me olvido no”. También mencionó un tema de infidelidad, que ya había puesto en escena en varios de los encuentros anteriores, en relación a una supuesta infidelidad de la madre.

En ese momento, tratamos de bajar las ansiedades, planteamos que si estábamos ahí era para hablar y no para gritar ni reprochar... La idea era poder visualizar lo que a cada uno le generaba el otro, y cuáles eran las actitudes que uno tenía y podía provocar una reacción en el otro no conveniente. La finalidad de esto era, poder comenzar a visualizar para luego intentar buscar soluciones, hablándolo.

La madre planteó que muchas veces ella se ponía agresiva a raíz de situaciones de "L", por ejemplo cuando se enteró que él estaba corriendo en el barrio gritando durante la madrugada, se escucharon tiros y ella creyó que le estaban disparando a él, frente a lo cual se sintió muy nerviosa. "L" responde diciendo que no eran para él los tiros y que le molestaba que ella dudara de si estaba consumiendo drogas o no.

Se señaló que "L" ha tenido cambios importantes y que lo veíamos mucho mejor, incluso él se sentía mejor, pero que la idea no era que "L" solamente cambiara, sino que los cambios se dan a nivel del sistema familiar, porque cuando un miembro de la familia sufre, sufren todos; es necesario que cada uno pueda visualizar cuál es el espacio de uno y cuál es del otro, y ver que se puede hacer para evitar conflictos.

La madre manifiesta molestarse porque "L" ingresa a su casa de madrugada y anda dando vueltas toda la noche, frente a lo cual le preguntamos a "L" si podría evitar entrar de madrugada...cenar de noche y en caso de querer comer algo en la madrugada llevárselo antes para su dormitorio...frente a lo cual "L" asintió.

Remarcamos ese ejemplo como una forma de solucionar los problemas, hablando con el otro de buena forma intentando encontrar soluciones y negociaciones.

Agradecemos a la familia por habernos recibido, al igual que ellos a nosotras por el apoyo brindado. Aunque el padre manifestó, nuevamente con reproches que sentía que "L" no era agradecido con nosotras. Mencionamos que no consideramos que eso sea así. Se ríe.

A la madre pudimos verla bastante conmovida, con buena disposición para pensarse". (E)

En esta entrevista se pone en escena el funcionamiento familiar, donde el decir está atravesado por la violencia, la agresión y descalificación del otro, despojándolo de la posibilidad de defenderse de estos ataques; mostrando de manera manifiesta la modalidad vincular que predomina en esta familia. Esto refuerza la idea acerca de la necesidad de un

otro que medie y que pueda contener el despliegue de lo violento. Que permita pensarse como un grupo en el que todos están afectados por la situación. Encontrar formas posibles de canalizar las angustias para no actuarlas y modificar las modalidades vinculares. El seguimiento habilita la posibilidad de intervenir in situ, generar acuerdos, hacer circular la palabra y favorecer la escucha y propiciar la aparición de lo nuevo. En este encuentro fue posible señalar lo que allí acontecía y las dificultades de promover cambios, ante una modalidad vincular plagada de agresividad y violencia. El rol de las acompañantes fue nodal en ese encuentro; permitió vislumbrar y mostrar-les, el modo en que se relacionan. Pichón Riviere (1985) plantea que cuando el portavoz del grupo, comienza un proceso de movimiento y de intentar correrse de ese lugar de depositario, se produce una reorganización familiar, una zona de desequilibrio, en la homeostasis encontrada. Emergen entonces otros integrantes del sistema familiar que despliegan asimismo fuertes componentes de violencia, donde la locura circula en la familia. Otros se encontraron siendo igualmente agresivos que “L”, pudiendo detectarlo e intentar modificarlo. La familia es la gestora de los temores, las ansiedades, las angustias y los ataques. Los mecanismos que se despliegan, depende de la intensidad de los sentimientos y emociones, observando el interjuego de las subjetividades.

Pichón Riviere (1985) va a plantear que en la medida que el sujeto, no se adapta de una manera pasiva a la dinámica familiar, sino con una postura crítica y activa, se genera un choque en el interjuego de las relaciones. Esto nos habla de una espiral dialéctica, donde todos los integrantes ingresan en un terreno de la mutua afectación. Todos son afectados por otros (familia). M. Klein (1946) y Pichón Riviere (1985), van a plantear que el vínculo que establece con las figuras paternas, estarán signados de las vivencias tempranas, por lo cual, el establecimiento de los vínculos actuales, estará sesgado por esa matriz. Entonces debemos considerar que ésta vivencia, no solamente inculca la mirada de “L”, sino que también hay algo de un funcionamiento rígido y estereotipado, que circula a nivel familiar, donde no pueden vivenciarse los cambios acaecidos por “L”. Las imágenes que los padres conservan de “L” y con la que aún se manejan, no son coincidentes con su funcionamiento actual. Esto debe ser recordado e introducido a través de las acompañantes dado que no existe un registro de la situación. Es posible pensar que los desbordes afectivos inhiben la posibilidad de pensar, estableciéndose un vínculo con características psicóticas; con un predominio de componentes agresivos-violentos y proyecciones masivas.

El espacio de seguimiento, debió **oficiar de contención**, un espacio donde poder procesar y metabolizar aquellos contenidos tan agresivos y violentos con el fin de metabolizarlos y devolverlos de una manera elaborada. Habilitar a lo nuevo y descubrir aquello que se encontraba velado. Otra de las funciones del seguimiento y del rol de

acompañar, incluye la **capacidad de sostener** en ese proceso donde el sujeto sea capaz de delimitarse a sí mismo, como forma de establecer un límite del adentro y el afuera (yo-no yo). Implica también el poder comenzar a tener un pensamiento propio, sin temor a los embates retaliativos, en función de sus propias necesidades e intereses.

El padre le reclama tener capacidad de gratitud para con los acompañantes. Quizás sea algo que él no encuentra en “L”, así como él tampoco puede identificarlo en su padre. Existe un reclamo de gratitud, de reconocer al otro en sus acciones. Algo que fue trabajado con “L” con el fin de generar un equilibrio libidinal. La crítica y desvalorización, solamente da lugar al desamor y al no reconocimiento del lugar del otro.

### **Integración de resultados de las escalas:**

Se realizará en forma conjunta al final de la categoría H.

#### **H) Capacidad de empatía en el establecimiento del vínculo terapéutico:**

##### **a) Técnicos tratantes**

##### **b) Acompañantes**

En esta categoría se analiza el vínculo que “L” establece con los diversos técnicos: médicos tratantes y acompañantes (seguimiento); y la percepción subjetiva que posee acerca de los mismos. Se incluyen a su vez las miradas de los diversos actores entorno a este tema. Si bien en categorías anteriores se hace mención al respecto, amerita un análisis minucioso, por considerarse el eje principal del presente estudio.

En este capítulo a su vez, se podrá visualizar las modalidades de abordaje de los equipos técnicos de dos centros de Salud diversos (Hospital Vilardebó y Policlínica de Salud Mental de la RAP (Red de Atención Primaria) de ASSE. Se podrá vislumbrar las diversas concepciones asistenciales e ideológicas en relación a la enfermedad mental y sus abordajes; así como también la implementación de los PIR que se imparten desde las políticas asistenciales de ASSE.

Lejos de toda especulación crítica, se pretende analizar la viabilidad práctica de los cambios en el modelo asistencial; así como el lugar que se les asigna a los pacientes en su propio proceso de rehabilitación y en relación a su tratamiento. Desde esta perspectiva se podrán inferir que existen diversas concepciones de rehabilitación que subyacen a las terapéuticas.

La mayoría de los técnicos que hasta el momento han intervenido en el proceso de “L” (desde el inicio de su enfermedad), han sido médicos psiquiatras. Tanto a nivel de las internaciones, como desde el tratamiento ambulatorio, por lo cual las estrategias de intervención han sido pensadas a la luz de una única mirada disciplinar.

Es sabido que los pacientes con estas características, ofrecen, en su gran mayoría (como se cita en el marco teórico), una amplia resistencia al tratamiento farmacológico, razón por la cual la construcción de un vínculo con el técnico se considera nodal en el proceso, para fomentar la adherencia al tratamiento.

Sin tender a ser redundantes, es necesario aclarar, que por adherencia al tratamiento, se hace referencia al tratamiento integral propuesto para cada paciente y no solamente al tratamiento farmacológico, dado que en ese caso se haría referencia a la continuidad del tratamiento, Giner, J et al (2006).

La referencia a generar un vínculo de confianza con los técnicos, no tiene por objetivo que el paciente acepte el tratamiento. El vínculo es aquel que permite comprender al otro, y entenderlo en su sufrimiento; detectar lo que necesita para así diseñar una estrategia en acuerdo con él.

#### **a) Técnicos tratantes**

En su última internación la psiquiatra plantea que “L” se mostraba muy apático en su vida en general y en relación al vínculo con ella. “Mal rapport. Porque está muy apático también, como indiferente”. (P1).

En esta internación la médica de sala le inicia un tratamiento con Clozapina. Tratamiento que requiere controles estrictos de valores en sangre. Esto requiere un compromiso y una continuidad no solo a nivel del tratamiento farmacológico, sino en las paraclínicas que requiere.

Desde la internación, “L” manifestó algunas resistencias ante el fármaco (como ya fuera mencionado), y la psiquiatra debió negociar con él para procurar una mejor adherencia. A su egreso de la internación, cuando “L” concurre a su policlínica de referencia de la zona le manifiesta a la psiquiatra de la policlínica que el tratamiento con esta medicación, no le generaba buenos efectos y él pide que se le modifique y le den lo que su médico anterior le indicó.

Su madre al momento del egreso, solicita la posibilidad que sea asistido en policlínica de Vilardebó, dado que consideraba que con ese médico, el había generado un buen vínculo; pudiendo mantener una continuidad en el tratamiento por un período de dos



años. Por razones de organización interna de ASSE, “L” es derivado a la policlínica de su zona. “L” remarca claramente que el tratamiento con “R” le había servido y que se sentía que él lo comprendía. Esa comprensión estaba basada en que “L” consideraba que ese psiquiatra no lo consideraba enfermo. No lo ubicaba en el lugar de la locura. La vivencia de considerarse una persona para otro y no un “enfermo psiquiátrico”, habilita la permanencia en el espacio, incluso posibilitando la participación en un taller de la policlínica.

Existe un reclamo explícito acerca de la medicación, pero a su vez se reclama el vínculo que establece con el técnico, dado que ambos son inseparables. El pedido surge como una demanda en ambos sentidos en relación al vínculo y la medicación. Existe la vivencia y el temor a ser dañado (efectos secundarios de la medicación), por lo cual existe un pedido expreso de sentirse cuidado; ser dañado por alguien que tiene un rol de cuidador. Esto genera una contradicción: ¿algo que cura, lo enferma? En la medida en que no existe conciencia de enfermedad los efectos secundarios de la medicación son vividos como algo que lo agrede y lo daña. Razón por la cual intenta librarse del temor que le genera “tener un paro cardíaco” abandonando así el tratamiento. Esta justificación se alía con su resistencia ante la aceptación de la enfermedad. Pese a estas resistencias y sus contradicciones, el solicita que se retome la medicación que se le suministraba anteriormente, dado que no le generaba efectos secundarios.

La madre comenta: “Bueno él quiere a toda costa que le saquen esa medicación. Porque él dice que esa medicación lo está matando. Entonces la Dra. le dijo. Bueno vamos a probar un mes” (M1) (refiriendo a la Dra. de policlínica).

La psiquiatra de policlínica comenta: “Ella manifiesta que siempre con los pacientes ella intenta generar primero un vínculo antes de hacer hincapié en la medicación”. (P2). Refiere a su vez que: “las únicas que se comunicaron conmigo para plantearme su inquietud fueron las acompañantes, que me explicaron como estaba él y que no estaba continuando el tratamiento” (P2). En relación a las acompañantes y su seguimiento, menciona que “L” hablaba de ellas y que comentaba que a él le hacía bien que fueran. Que no se sentía tan solo y que le hacía bien hablar.

Refiere: “Él se bancaba bien que las acompañantes le dijeran que tiene que tomar la medicación”. “Yo me enteré por las acompañantes lo que estaba sucediendo con la medicación, no él. (P2).

La psiquiatra valora en gran medida la intervención de las acompañantes, dado que por sus características “L” es un paciente de mal pronóstico, según refiere.

Durante la entrevista, la psiquiatra asocia que “L” dejó de asistir a los controles paralelamente a la finalización del seguimiento. Vuelve a referir la importancia de que las acompañantes concurren a su domicilio, dado que permite comprender de cerca la situación. Le brindan apoyo y contención. Comenta que evidentemente las acompañantes pudieron trabajar porque generaron un buen vínculo con “L” y que él lo transmitía. Incluso hablaba que iba a ir con ellas a la Plaza Zabala”. (P2).

Las acompañantes mencionan que la psiquiatra de la policlínica pudo explicarle a “L” acerca de su enfermedad. “Nos contó que fue a consulta con “S” (su psiquiatra) quien le explicó acerca de la esquizofrenia. Nos dice: "como que la enfermedad misma te hace creer cosas que no son “. (RE)

En palabras de la doctora, la importancia de generar un buen vínculo es primordial, antes que la medicación. Más allá de resaltar la importancia de generar este proceso, se requieren de otros factores que contribuyan con el mismo. El vínculo se sostiene en la medida en que existe una continuidad, un apoyo y contención por parte del entorno. En los encuentros mantenidos, debido a las dificultades a nivel de la comunicación y su retracción, no pudo interiorizarse acerca del funcionamiento familiar, ni obtener datos de los mismos. La psiquiatra refiere que su madre solamente lo acompañó a la primera entrevista y que luego no se involucró más en el proceso.

“L” destaca que esta psiquiatra fue la primera técnica que pudo explicarle que significaba el diagnóstico de esquizofrenia (como ya se explicitó en otra categoría), como se desarrolla la enfermedad y que síntomas produce y algunos componentes que hacen al funcionamiento psicodinámico. Hasta el momento, él sabía cual era el diagnóstico de su enfermedad, pero ningún técnico le había explicado que significaba eso; desplegando entonces innumerables fantasías al respecto. Esta instancia se vio reforzada luego desde el espacio de seguimiento, donde se continuó trabajando al respecto.

La psiquiatra asimismo le propuso ir modificando la medicación, hasta que en el mes de agosto comienza a recibir piportil. Esto implicó un acuerdo de partes, donde si bien la médica pretendió seguir con un tratamiento que había logrado la remisión de la sintomatología (clozapina), los efectos adversos eran vividos como mortíferos.

En este sentido el modelo de recuperación, plantea la importancia de tomar el deseo y la necesidad que manifiesta el paciente acerca de su sentir, a modo de empoderarlo en su propio tratamiento. Haciendo uso de sus derechos, pero asumiendo cierto nivel de responsabilidad. “L” manifestaba de manera reiterada su sufrimiento en base a esta medicación. La figura del técnico que interviene, condiciona y es condicionado en ese encuentro, donde la teoría y el saber pierden su lugar de privilegio ante el sufrimiento del

otro. Se produce una lucha inextinguible de saberes: saber acerca del otro (basados en la teoría y la experiencia clínica), y el saber acerca del sufrimiento.

La etimología de la palabra paciente remite a aquel ser que padece. El padecer se encuentra ligado al sufrimiento. La función del técnico implica intentar aliviar ese sufrimiento. En este sentido se abre la interrogante: que sufrimiento se intenta aliviar? y cuál de ellos es considerado relevante a la hora de realizar una indicación. ¿Cuánto es posible escuchar el sufrimiento del otro? O el sufrimiento del otro es escuchado a través de la concepción del técnico en relación al sufrimiento. En este sentido se despliegan los componentes técnicos e ideológicos de cada profesional.

Los lineamientos de las metas asistenciales si bien son impartidas desde el PNSM donde se definen modalidades de abordaje y el lugar del usuario en el marco del modelo de recuperación, son los técnicos quienes ejecutan dichas políticas y que poseen a su vez marcos referenciales propios y concepciones ideológicas que los atraviesan.

Reflexionando sobre el vínculo con los diversos técnicos, desde la propia mirada de los técnicos:

La psiquiatra de sala (al momento de la internación), refiere sus dificultades en generar una empatía con “L”, debido a sus características (según manifiesta). Del discurso surge que “L” planteaba múltiples resistencias a tomar la medicación, pero la psiquiatra insistía en ello, estableciendo un espacio de negociación. Este acuerdo abre una posibilidad, pero a su vez las resistencias ante la misma continúan. Desde lo familiar no surgen expectativas de poder contribuir en la adherencia a los tratamientos, debido a las dificultades vinculares con “L”. Por todos estos factores, se plantea que desde el seguimiento se promueva la continuidad en el mismo, como objetivo principal.

Por otro lado surge del estudio que la única profesional que interviene en el tratamiento de “L” es la psiquiatra de sala, lo cual dificulta acceder a una mirada integral acerca del paciente.

La psiquiatra de policlínica resalta como factor nodal en el proceso de “L”, la intervención de las acompañantes. Considera que el seguimiento es un dispositivo que acerca al técnico a la cotidianeidad del paciente y permite aproximarle una mirada más objetiva acerca de la realidad del mismo y su continuidad en la terapéutica. Por cotidianeidad se entiende la transmisión del funcionamiento en su hogar y los vínculos que establece con su red familiar y el entorno inmediato. Desde la mirada técnica se revaloriza la presencia de este dispositivo, ya que concomitantemente existe una marcada ausencia de su núcleo familiar en relación al tratamiento.

El hecho de compartir la cotidianeidad del paciente, habilita la construcción de un saber que es distinto al saber teórico. Foucault (2001) menciona en el nacimiento de la clínica la importancia de comenzar a considerar el hecho clínico como algo más que una construcción de saberes generados en las aulas. Se generó en ese entonces un doble movimiento: de las aulas al hospital y posteriormente en un proceso de externación, en los domicilios de los pacientes. Esto permitía incluir la subjetividad del paciente, dentro del diagnóstico clínico y la terapéutica del caso. El estar y compartir la cotidianeidad del paciente, favorece vivenciar el despliegue de los diversos actores, verlos en escena y poder intervenir in situ.

Por otra parte se observa que a nivel asistencial en la policlínica de referencia, se reproduce un funcionamiento similar a la observada en el hospital, dado que la psiquiatra es la única profesional que interviene con “L”. Ella comenta que a todos los pacientes con este diagnóstico, se los deriva al centro Martínez Vizca (Centro Nacional de Rehabilitación de Patronato), pero que “L” presentó su negativa a concurrir.

En el proceso de investigación se indaga sobre las derivaciones de los pacientes a otros profesionales, por ej. psicólogo; frente a esta interrogante, la psiquiatra se muestra sorprendida y refiere que no fue derivado. Menciona que no se efectúan derivaciones a psicoterapia a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Ella misma se cuestiona acerca de esta práctica e incluso señala que ningún profesional psicólogo le solicitó o cuestionó esta modalidad. Esto instala un núcleo de cuestionamiento acerca de la práctica y del abordaje con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se señala en particular este cuadro nosográfico, dado que la técnica menciona en la entrevista, que otras situaciones con otros diagnósticos, si son derivados a tratamiento.

Del estudio surgen datos en relación a los abordajes y los actores implicados en el proceso:

La psiquiatra desde su lugar y función, no convoca ni promueve la participación de la familia en el proceso de “L”. Refiere que su familia no se implicó en el proceso, pero no fomenta ni solicita la presencia de los mismos en el espacio. Espera una actitud activa por parte de los mismos, lo cual nunca se llevó a cabo. La rehabilitación de pacientes con esquizofrenia, posee pilares que son fundantes en la misma, siendo la familia un factor primordial en este proceso.

Por su parte la familia, no logra comprometerse en el proceso de “L” acompañando el tratamiento; a sabiendas que la experiencia les ha demostrado que ante el abandono de la medicación, se produce una descompensación. En este sentido se puede pensar acerca de

las dificultades de contención de esta familia ante la enfermedad de "L"; así como una familia que está atravesada y desgastada por el proceso de la enfermedad, que no posee los recursos suficientes para contenerlo.

Por otra parte la presencia de las acompañantes en este momento del proceso, produjo una parálisis por parte de la familia, y oficiaron de depositarias de la situación. Ellas generaron el nexo con la psiquiatra, y oficiaban de referente y contención en los aspectos concernientes a la enfermedad de "L". En este sentido surge del estudio que las acompañantes quedaron enquistadas en el lugar de las depositarias y asumieron la demanda familiar; no pudiendo promover en la familia una actitud activa, resaltando la importancia de cada uno de ellos en el proceso de rehabilitación de "L". Emerge entonces que a posteriori del cierre del proceso y ante su ausencia (finalización del proceso), el tratamiento medicamentoso no se continúa.

## **b) Acompañantes**

### **La percepción de la familia en relación al seguimiento:**

Su madre refiere:

M: Cuando él, cuando salió del hospital, todo el tiempo que venían las chiquilinas, que venían una vez a la semana, una cosa así, él dormía bien, ahí sí. Pero ahora hace un tiempo que ya está de nuevo con, durmiendo mal. Él, la venida de las chiquilinas acá, le hizo un bien tanto que yo las, las iba a llamar, bueno cuando ustedes se reciban, me, me, me pasan el... Porque... De hacerlas venir, de hacerlas venir, aunque sea una vez al mes, vos no sabes cómo le cambió, lo esperaba, esperaba a que vinieran las chiquilinas, para conversarlas. Y yo noté otra cosa, una cosa que un día, él, ¿qué fue lo que hizo? Sé que, que él hizo algo. Y le digo ta, "¿no querés, no querés tomar las medicación? Yo voy a llamar a, a Valentina, siempre a Valentina, este, y le voy a contar para que, cuando venga a hablar contigo se" la nena chiquita caza el teléfono, marca el número de Valentina y "yo la llamo a Valentina, ¡dejáme de molestar!" Y dice ahí que al ratito llamó a Valentina (risas) Entonces, este, como es..., le contamos, le conté que era la niña la que había discado porque lo había hecho sola, y este, como yo le había dicho a "L", y este, y al otro día era el día de venir, creo, y la chiquilina vino, él habló con ella, vos sabes que, le dijimos eso, y fue como... Santo remedio (M2)

En estos fragmentos surgen diversos aspectos: por un lado se pone en juego la construcción del vínculo que se generó entre “L” y las acompañantes. Un espacio donde sentirse escuchado; un espacio que se configura en un organizador psíquico que lo permite regularse a sí mismo. Aparece la regulación del sueño, mejor administración y continuidad en el tratamiento, así como la disminución de los componentes hostiles. Este vínculo tanpreciado para “L” se transforma en un vínculo idealizado al que teme perder; por esta razón frente a la situación conflictiva, la familia apela a dicho recurso para lograr tranquilizarlo y que tome la medicación. La familia utiliza como recurso, las figuras de las acompañantes, debido a las dificultades de encontrar recursos propios que permitan controlar la situación o lograr dichos cometidos, frente a su propia incapacidad de contener los embates de “L”. Aquí se deja entrever la función fallida de holding, donde su entorno familiar no logra contener los aspectos destructivos de “L” y le devuelve algo del orden de la amenaza. Lo retaliativo se hace figura. La madre necesita que emerja la figura de otro (ley) que ordene. En este sentido cabe preguntarse ¿cuál es la figura que desempeña esta función? La función de ley no es dada desde la necesidad de control o una figura que pone límite, sino también una figura que desde ese lugar de regulador, logra contener las angustias que se despliegan.

Queda develado en este estudio, como la familia no logra comprender lo que le sucede a “L”; devolviendo contenidos sin metabolizar, con un alto componente de hostilidad. Lo bueno está desplazado en las acompañantes quiénes desde su rol intentan propiciar instancias donde la familia pueda generar un espacio de escucha y reflexión, incorporando aspectos que permitan favorecer la comunicación y fomentar la capacidad de contención. A raíz de esta situación, las acompañantes se proponen intervenir con la familia, a los efectos de poder trabajar sobre cómo se establecen los canales comunicacionales en el contexto familiar. En rehabilitación y especialmente en la línea de la psicoeducación, se pretende que el contexto comprenda el funcionamiento del paciente y promueva herramientas que le permitan otras formas posibles de vincularse. Uno de los componentes que favorece el proceso de rehabilitación destaca la presencia de un cuidador principal, que oficie de referente, en varios órdenes.

Su madre comenta al respecto:

M: No, yo pienso que él, este cómo es. Que a él le hacía bien, que ella use las palabras que nosotros no usamos, o no podemos usar. Ella claro, debido a su estudio y a sus cosas sabe cómo hablarle viste. Y la cosa es que él al otro día vino, y vinieron ella, hablaron, estuvieron horas hablando con él, y él, vuelta volvió a la normalidad. Era que no quería tomar la medicación, me parece que

era. Se nota que era eso. Este, así que, digo, a él le hizo mucho bien, la venida de las, de las chiquilinas. (M2)

M: Bueno, lo que, la, lo, lo, lo, esto fue, para mí esto fue, viste que ya le dije, yo creo que si no hubiera sido por las muchachas no sé. Porque muchas veces él se ponía así, y estaba "Mañana vienen las chiquilinas, mañana vienen las chiquilinas" como que cuando ellas venían, se calmaba. Porque, fue así, él hablaba con ellas y se calmaba, y ya, pasaba bien. A veces cuando, cuando faltaban muchos días así por ejemplo, él se ponía, o, yo qué sé, hacía cualquier cosa, a veces se le salía, hacía algo, yo le decía "Bueno ta, sí" porque a veces me decía "Yo, voy a dejar la medicación, porque, yo no la voy a tomar más, me está haciendo mal" Incluso cuando tomaba la primera medicación, y yo decía, "Ay "L", no dejes nada, espera a hablar con la doctora, cuando vengan con las chiquilinas" Y bueno, venían las chiquilinas y lo convencían. Lo convencían, ellas lo convencían de montones de cosas.

E: ¿De qué cosas por ejemplo?

M: De, con respecto a la medicación, que él varias veces quiso dejarla, como siempre hace cada vez que sale, y ellas no, le venían y le hablaban, no, que no podes dejar la medicación, que esto, que aquello (M2)

En estos fragmentos surge la importancia del seguimiento como un espacio que favorece el despliegue de su propio deseo y la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Las formas en que se establece el vínculo y la mirada que se devuelve acerca de sí mismo, promueve el desarrollo de un vínculo sano. Se observa en el encuentro con su madre, la dificultad de acercarse a "L" de una forma donde no predomine la hostilidad; el enojo. Una madre que no acepta al otro como uno diferente de sí mismo (simbiosis de Mahler (1977)). O al decir de Berenstein (2008) la dificultad de tolerar la otredad; un otro distinto de mí. En el "entre" que se construye a nivel de la trama familiar, se detenta la interferencia donde uno pretende imponerle al otro una presencia (objeto o hecho). En la situación clínica, su madre pretende que "L" sea quién ella desea que sea, le impone su propio deseo; perdiendo su calidad de ser humano y un lugar dentro de la familia. En ese sentido el acompañante desempeña la función de decodificar aquello que el otro necesita. Ayuda a intervenir en la trama familiar, generando un movimiento en relación a la escucha y al lugar que le es asignado. Se ofrece como referente, oficiando de interlocutor y mediador, mostrando otras modalidades posibles de intervenir y de vincularse con él. Favorece a su vez un proceso de socialización, detectando y promoviendo sus potencialidades.

En este sentido y resaltando la importancia de poder vislumbrar otras modalidades vinculares, comenta lo siguiente:



M: Otra de las cosas que, por ejemplo yo le hablaba y él seguía gritando, seguía gritando, seguí hablando fuerte, no?, esa es la palabra, seguía hablando fuerte y como que no escuchaba. Y sin embargo esta muchacha, ¿cómo es? La más grande no me acuerdo, sucedió, así, yo le hablé, no me acuerdo, alguna cosa que le dije “L”, no sé, y él siguió hablando como que no, no, no, no... Y siguió gritando, “Bueno, bueno, “L”” dijo ella, y le habló, y él bajó las revoluciones enseguida. Entonces digo, ella supo cómo, “¡vamos a calmarlo!” le decía aquel, “vamos a calmarlo,...hay cosas que le hicieron mucho bien a él (M2).

Aquí se pone de manifiesto las dificultades familiares para contener los ataques, pero primordialmente las angustias de “L”. Los gritos esbozan violencia y enojo, pero sobre todo angustia. Angustia ante un no sentirse comprendido y contenido. En ese momento emerge otra figura acompañante-madre (que desempeña la función materna), que contiene y conserva para sí esa violencia, y logra metabolizarla a través de palabras que lo calman. Esta función de holding es aquello que la madre logra detectar como una carencia en sí misma. Ella no tiene la capacidad de poder contener esos embates agresivos, sino que devuelve los mismos contenidos que recibe sin metabolizar.

M: Y a nosotros también. Es la verdad, a nosotros también. Digo además, además, todos esperábamos, esperábamos con ansiedad el día en que venía. Para que hablara con él, para que él estuviera más calmado. Como que ellas venían, hablaban con él, y él pasaba toda esa semana.

P: Pasaban una hora, una hora y pico hablando... (Entrevista familiar 2)

El seguimiento brinda asimismo un espacio de desahogo para la familia; pero también genera un nivel de dependencia. El acompañante debe tener la capacidad de poder habilitar al otro en el hacer. No hacer por otro, sino ofrecerse como referente, para que otro pueda ejercer esa función. En este sentido, si bien a nivel familiar se observó un corrimiento, sobre un funcionamiento tan enquistado, aún perduran algunas resistencias al cambio; dada por las dificultades de modificar un comportamiento establecido a lo largo de toda la vida. Es necesario reforzar este nuevo proceso para que las transformaciones continúen y se produzcan otras nuevas a lo largo del tiempo. Ya que la intervención del seguimiento posee un tiempo acotado.

Su madre refiere: “lo tranquilizaban, esa es la palabra, lo tranquilizaban, cada vez que venían las chiquilinas y si él andaba medio así revoltoso, ellas venían y lo tranquilizaban. Tanto así te digo, que esa noche la nena, mismo, ella misma, llamó” (M2)

“L” comenta que su padre estaba contento con el seguimiento: “Con mi padre no me peleó nunca. Papá está contento que haya gente que me venga a ayudar”. (L2).



La percepción de “L” entorno al seguimiento:

“L: claro porque llegaban ellas y hablábamos de muchas cosas, no solo de la psiquiatría y hablábamos hasta de yo que sé. De cosas personales. Así viste. Y entonces yo les decía ah mirá. Ahora me doy cuenta para que sirven los psicólogos. Sirven para hablar. Para hablar con alguien Cuando tenés problemas, hablás con el psicólogo. (...) Que aprendí eso. Que los psicólogos sirven para hablar. Y que hablando uno se saca muchas trabas que tiene en la vida. Muchas cosas. Yo decía que tenía problemas con mi hermana”. (L2)

Solos y quiero que eso lo entiendan, y ahora cuando ustedes se vayan voy a quedar más solo que solo”. “está bueno lo que me dijeron de hablar, a mi me encanta hablar, nunca se me acaban los temas (...) Estuvo bueno poder hablar con ustedes, porque yo nunca hablé así con psicólogas, o sea puedes hablar con amigos pero con psicólogas es distinto porque estudian para eso. (L2).

En la medida en que se establece un vínculo sano donde circula el afecto, “L” comienza a sentir la necesidad de comenzar a vincularse con otros: amigos, hermana. Se instaura una zona intermedia, que oficia de espacio transicional, de mediación, donde pensar como las personas de su entorno dejan de ser objeto de sus proyecciones, y comienza a vincularse desde un lugar sano; los componentes sanos promueven la ecuación de crecimiento designada por Bion (1986). En ese sentido surge su necesidad de restablecer el vínculo dañado con su hermana, en un intento de restitución.

Refiere la importancia de poder tener un espacio de escucha y de diálogo con alguien que lo comprende: “porque él no tenía con quien hablar de lo que le pasaba y los psicólogos no son como los médicos, están para escuchar y para hablar”. (RE)

Aquí marca una diferencia entre los médicos y el rol en el seguimiento. Los espacios de escucha son valorados por “L” desde un lugar de gran importancia. Frente a la finalización del proceso de seguimiento queda instalado un vacío; un vacío que convoca al salir en la búsqueda de otros. Asimismo se despliega la necesidad de ser alguien y ser tenido en cuenta. El contar con otro que lo mira, que lo escucha, que le devuelve una mirada distinta de sí mismo. Es un espacio que se construyó y que se generó desde el lugar de la necesidad y no como algo impuesto desde el afuera.

## Las acompañantes y el proceso de seguimiento:

El proceso inicia con una derivación de la técnica de sala, donde plantea la importancia de lograr una derivación a algún centro de rehabilitación.

El proceso transita de una manera inesperada, donde era necesario generar un vínculo de confianza que permitiera el abordaje de otros contenidos a posteriori, dado que "L" ofrecía muchas resistencias a hablar. Denotaba una postura muy opositora, respondía de forma muy concreta. Era muy difícil abordar algún tema debido a su negativa. La posibilidad de participar en algún centro de rehabilitación se descartó de forma inmediata. El no aceptaba concurrir a ningún lugar. La estrategia se fue rediseñando a medida que el tiempo fue transcurriendo.

Las acompañantes refieren:

Estrategias que fue la música, para poder vincularnos con el porqué no nos hablaba era como muy reticente. Las primeras entrevistas eran como una encuesta, como así decirlo, eran. Se perseguía mucho, no hablaba nada de él ,a veces se iba en anécdotas y la parte de participar en un centro como que la fuimos descartando en realidad porque nos parecía que era forzarlo a participar en algo que en realidad no sabemos si va a tener en realidad un éxito para él no, yo creo que tenía que ver con no hablar de los temas personales, pero no de un tema personal(...)En ese caso nosotras toleramos el silencio de él como en varias entrevistas hasta que empezamos hablar de música y a partir de que hablamos con la música, de que el se sintió que lo escuchábamos, que le dimos otro valor, que no era quizás el que le daban en el hospital, que el transmitía de que era muy , la medicación, de la enfermedad. De las cosa que no quería hablar en realidad sino que tratamos de hablar de temas que a él le interesan, ahí si se estableció como una relación de confianza que rompió un poco con esa reticencia,(...) nosotros la mayoría del tiempo lo vimos en agudo porque él no estaba tomando medicación hasta que logramos que hable, hablamos con la psiquiatra y hablamos con él para que puedan darle el inyectable, pero él en todas formas en agudos podía, con idas y venidas hablar de temas que tengan que ver con sus emociones y con sus afectos. A veces se perdía mucho en el delirio.

E: Tu lo que me decís es que al principio habían unos objetivos que los planteo la psiquiatra pero después ustedes van transformando los objetivos.

En función de que ¿o sea como uno cambia la estrategia? Teniendo en cuenta ¿qué cosas?

E-yo creo que el deseo de “L”, sobre todo el contexto de donde se encuentra, el contexto familiar, siendo habilitador o no de que pueda participar en un centro.

M- ¿Y en algún momento la familia logro entender eso, que en realidad no tenía que ver con un deseo de él?

E- sí, yo creo que en ese cierre sí, se pudo entender, no sé si es tan fácil llevar a la práctica, pero creo que si, la madre; el padre no, el padre seguía como en una postura muy rígida. Nos llevo a decir que él había pensado en comprarle un campo a “L” y que “L” se valla, es así, expulsándolo pero a la vez retenándolo, es así queremos que se valla pero si él se va nosotros no vamos a estar y vamos a estar llamándolo constantemente, como esos mensajes siempre contradictorios que no les da una claridad de donde pararse” (E)

El seguimiento como se explicita en palabras de las acompañantes, modificó su estrategia de intervención. Esta estrategia, fue diseñada por la médica de sala, basada en una mirada disciplinar; donde el deseo del sujeto queda supeditado al criterio médico. La actitud oposicionista, y las dificultades para comunicarse, afectaban la posibilidad de construir un vínculo; vínculo que se tornaba muy hostil y agresivo, por lo cual debieron generar estrategias que promovieran establecer un vínculo de confianza. Los encuentros quedaban plagados de transferencia negativa masiva, donde “L” negaba todo señalamiento que provenía de las acompañantes, en un clima de mucha hostilidad.

El cometido de su rol allí, y de intentar llevarlo adelante, las condicionaba en su accionar. En un momento resuelven deshacerse de todos los a priori, y de una forma más natural y espontánea, como forma de entablar un diálogo, comienzan a hablar de música de manera distendida. A partir de ese encuentro y del compartir su gusto, el vínculo comenzó a modificarse y se generó un espacio de confianza. Su permanencia en el espacio y la capacidad de soportar los ataques, posibilitaron que “L” de vinculase con ellas desde otro lugar. No desde la confrontación, sino desde un encuentro y una capacidad de escucha y sostén (holding).

Las cosas que hablábamos con la familia eran comunicadas, tratábamos de no establecer ninguna alianza. Por un lado la familia y por otro lado él. Por

eso como el objetivo de reunirlos a todos fue un poco eso también eso. De que quede en evidencia de que no buscábamos quizás como él a veces quizás el sentía que la madre buscaba hacer alianzas con otros técnicos. Que en este caso no era así. (E)

Un componente nodal del proceso radicó en no establecer alianzas con su familiar, si bien la familia.-madre buscaba complicidad, se mantuvieron en un terreno imparcial.

En una de las entrevistas puntual, su actitud revistió cierto temor, desplegándose los componentes hostiles y paranoides; la posibilidad de pensar, contener y soportar estos ataques y transformarlos, permitieron hacer algo con ellos.; devolverlos como forma de evitar la interferencia que estaba generando. Esta situación de violencia se vio plasmada cuando concurren a una entrevista y se encuentran un cuchillo clavado en la pared: “nos impactaba bastante, y nosotras le pedíamos que sacara los cuchillos de ahí, es más, después el solo iba “no chiquilinas voy a sacar esto “, como que nos cuidaba un poco más” (E).

Es importante considerar que quizás “L” necesitaba probar de manera inconsciente, la capacidad de las acompañantes de poder tolerar su agresividad; dado que los cuchillos constituían una acción que las amedrentaba. Generarles temor y ver cuál era su límite cuanto podían tolerar sus ataques, aunque sea de manera simbólica.

Vislumbramos aquí la importancia de mantener el encuadre. Un encuadre que si bien rompe el carácter de lo formal o convencional, implica una estructura móvil, que habilita la posibilidad de modificar factores de lugar, espacio; pero que posibilita encontrarse desde otros lugares. Un encuadre que se sostiene en el vínculo, en la continuidad y contención de los componentes que allí se despliegan: “creo que hicimos un buen vínculo con él, de confianza de ambas partes. Yo me sentía súper cómoda hablando con él y el también se sentía cómodo”. (E)

La apropiación del espacio, habla del inicio de un proceso, donde al comienzo las acompañantes debían iniciar la conversación y sobre el final él enunciaba: “tengo para contarles.....”

### **Privilegiando los técnicos en función de la mirada y el vínculo establecido.**

Sobre los diversos espacios que intervienen en la vida de “L”, sea psiquiatra y seguimiento se puede pesquisar, que aquellos vínculos que son valorados por él, se relacionan con aquellos en los cuales se promueve una mirada humanizante; donde no se lo

ubica en el lugar del enfermo, paciente; sino que cada uno a su manera y con sus formas, le devolvía una mirada diferente de sí. “L” ha manifestado contadas veces, su resistencia a considerarse portador de una patología psiquiátrica. Este sentir debe ser escuchado e incorporado a la hora de construir una estrategia de intervención. Tanto el médico de la policlínica como en el proceso de seguimiento, su necesidad y su deseo, fue considerado y la intervención fue pensada a partir de él y con él. Esto determinó las características del vínculo establecido.

E- si. Sin duda, “R” era la persona que le dio confianza digamos desde el lado médico, porque a nosotros nos veía como médicas, nosotras le decíamos que no, como desde el poder medico fue el que le otorgó su espacio y nosotras también le otorgamos su espacio desde otro lugar obviamente, entonces el hizo una adherencia al tratamiento farmacológico como también hizo una adherencia a cambiar las formas de vincularse el, como te decía anteriormente, no con tanta agresividad. (E)

Se produjo ese espacio, como que lo fuimos construyendo entre los tres, que eso él lo noto como algo positivo en realidad, que el empieza a darse cuenta de que si que necesita de los otros. (E).

Desde “L” se denotaba cierto asombro en creer que no se les pagaba por llevar adelante el proceso

### **Aportes del seguimiento, en “L” y en la trama familiar.**

El ser humano, se construye en relación a los otros, a los vínculos que va configurando y desarrollando; por lo tanto no debe ser considerado como un ser aislado o descontextualizarlo del entorno, dado que implicaría un recorte de la mirada. A lo largo de este análisis, fue posible pesquisar como el ser, es un ser en relación; y que no existe intervención que sea válida si no se efectúa un abordaje incluyendo al entorno. Cabe decir que, la fragilidad y vulnerabilidad de estos pacientes, permite reflexionar sobre la posibilidad de generar cambios o transformar algunas situaciones cotidianas, lo que requiere de un trabajo interno con el sujeto; fomentando y potenciando sus propios recursos. La institución familia, es transmisora de una cultura (incluye costumbres, valores, etc.), pero también genera y promueve funcionamientos sanos o patológicos. En estos pacientes con vínculos de características tan primarias, con lazos de dependencia a nivel familiar, no admite ser abordados solos, aislados: como forma de reproducir lógicas institucionales o familiares.

Winnicott (1964) plantea que el acompañante debe oficiarse de facilitador en el vínculo del sujeto con su entorno (familia, amigos, etc.). Es necesaria la construcción de un espacio transicional que habilite el despliegue de contenidos como forma de poder mediarlos, favorecer transiciones. Un espacio que permita la separación, contención y que amortigüe las expresiones de afecto que puedan emerger en dichos espacios. De lo contrario podría resultar devastadora tal iniciativa. Un vehículo que habilite un espacio para pensar-se en función de la trama familiar.

Como también desde lo familiar, desde la madre, si puede ser muy invasiva pero al final pudo cuestionarse ese rol invasivo que ha tenido todo este tiempo. Quizás si ella no le dio la posibilidad al padre de poder incluirse un poco más en su función pero que el padre tampoco pudo por si solo ocupar esa función, de hacer un poco más visibles como esas tramas familiares. Yo creo que en eso contribuyo. (E)

E- y creo que influyo también verse ella, porque si bien “L” manifestaba las cosas de forma violenta ella también vio que quizás era ella la que fomentaba la violencia de “L”. Eso se lo cuestionó muchísimo la madre, que no era solamente “L” el violento sino que ella provocaba esa violencia. Creo que sí que hubo ahí un cambio de ambos, por lo menos de cuestionarlo y en el primer momento intentarlo, intentar cambiarlo. No sé si después pudo sostenerse, ojala que si, por lo menos hubo como un indicio.

Entrevista- Ustedes ¿lo que pudieron ver, en la dinámica cotidiana?

E- si, él manifestaba que a él le gustaba vivir al natural, que la madre dependía mucho de medicación, que la madre era, no sé si hipertensa y no se que otras cosas más y tomaba un montón de medicación, la madre me mostraba, sacaba una bolsa llena de remedios que tenía que tomar y él decía: vos vistas mi madre que saca toda esa bolsa de remedios que se tiene que acordar de todo eso. No. Tengo que estar dependiente, había como un tema de la dependencia.

Intervenir en la trama familiar, no es tarea sencilla. Requiere generar un vínculo de confianza que permita y habilite el despliegue de la palabra. Tanto “L” como su familia habilitaron esa mirada externa, aceptando que formen parte de su cotidianeidad, tolerando asimismo las devoluciones. La construcción de un vínculo de confianza y la capacidad de poder sostener y contener los ataques, permitieron ocupar y habitar ese lugar. Se construye entre todos un espacio, que favorece la depositación de los contenidos más locos de la

familia, con el fin de poder reorganizarlos y otorgarles un sentido diferente. Sentidos pensados y contruidos entre todos. No desde el lugar del técnico. La conjunción de saberes enriquece la experiencia. El saber no es de nadie, pero está en todos. El saber técnico, el saber acerca del sufrimiento, y el saber sobre la vida, habilita un lugar para compartir y crear entre todos nuevos saberes.

### **Integración de los resultados de las escalas:**

Se utiliza la integración de las escalas asociando las últimas dos categorías, así como desarrollar en detalle los aspectos que han mejorado en su totalidad y en que conductas se observa.

### **ESCALA PANSS-P Síntomas Positivos**

De la escala PANSS-P se observan modificaciones a nivel de la disminución del puntaje en la mayoría de los ítems, lo cual redundo en una clara mejoría a nivel clínico: Disminuyó:

1. Delirios (en 1 punto) dado que aún algunas ideas persisten con menor calor afectivo.
2. Desorganización (en 2 puntos) el pensamiento se encuentra más organizado y con posibilidad de pensar y reflexionar. Esta organización se vislumbra no solo a nivel del pensamiento, sino en su comportamiento a nivel general. Se observa mayor lucidez para desarrollar tareas y pensar y crear nuevas estrategias.
3. Comportamiento alucinatorio: Disminuyó 1 punto. Si bien la sintomatología remitió, aún persisten las alucinaciones cenestésicas, en relación a su cuerpo.
4. Excitación (disminuyó 1 punto). Se observa un comportamiento menos inquieto, más tranquilo, pero su actitud aún no se observa relajada. Persiste cierta tensión.
5. Grandiosidad: (disminuyó 1 punto) Si bien los componentes de grandiosidad disminuyeron, aún la idea del profeta y de ser una deidad, permanece en menor medida. Las ideas se defienden con menor calor afectivo. Susplicacia.
6. Susplicacia/perjuicio: (Disminuyó 1 punto) en "L" aún persisten algunas ideas de daño y perjuicio, y un comportamiento de desconfianza. Si bien esto ha remitido y ha permitido la construcción de nuevos vínculos, aún permanecen algunas ideas que se mantienen controladas.
7. Hostilidad: (Disminuyó 2 puntos). Este ítem se encuentra en estrecha relación con el anterior. En la medida que los componentes de desconfianza remiten, no requiere estar a la defensiva y por lo tanto el mundo no es vivenciado de manera tan hostil.

Asimismo, la posibilidad de comenzar a confiar en otros (acompañantes), y buscar nuevas modalidades de vincularse, le ha permitido, encontrar otras maneras de relacionarse a nivel vincular.

### **ESCALA PANSS-N: Síntomas Negativos**

Uniremos 3 ítems que consideramos están en íntima relación:

1. Embotamiento afectivo, 2) Retraimiento afectivo y 3) Contacto Pobre. En los dos primeros ítems redujo 2 puntos y en el 3ero 1. Esto nos aproxima a la idea de la capacidad de "L" de salir de su repliegue autístico y comenzar a entablar diálogos con las personas de su entorno, básicamente su familia. Se ha podido contactar con su deseo y con su sentir en relación a los otros.
2. La ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación, reflejan lo dicho anteriormente, observamos la posibilidad de poder comenzar a plantear lo que le sucede.
3. Retraimiento social: (disminuyó 3 puntos). En este aspecto es donde se observa mayores avances a nivel de la dispersión en la escala, así como también en su cotidianeidad.
4. Dificultad en el pensamiento abstracto: (disminuyó 1 punto) Pudo despegarse de un pensamiento concreto para comenzar a pensarse en un plano más simbólico.
5. Pensamiento estereotipado: no se observaron cambios en este sentido. Más allá que su pensamiento se ha tornado más flexible, igualmente persiste cierta rigidez a nivel del mismo (desde un componente psicopatológico)

### **ESCALA PANSS-G: Psicopatología General**

Se cita a los siguientes ítems.

- 1) Falta de colaboración (disminuyó 1 punto) reflejan su actitud más activa en la cotidianeidad. 2) ausencia del juicio e introspección (2 puntos) capacidad de generar un espacio autoreflexivo donde poder pensarse y transmitir a otros. 3) control deficiente de los impulsos (disminuyó 1 punto), disminución de la impulsividad, preocupación (disminuyó 1 punto) y evitación social activa (disminuyó 2 puntos) mejoría a nivel del contacto social.

El resto de los síntomas sufrió una varianza debido a la mejoría a nivel del cuadro en general y de su mayor desempeño a nivel afectivo y social.



**ESCALA EEAG:** Se estableció una variación de 38 puntos entre una toma y otra. La misma responde a las nuevas competencias que “L” pudo comenzar a desarrollar.

Puede salir de un mundo de retracción y comenzar a tender redes hacia afuera: tanto a nivel familiar (generando instancias de comunicación), como social, generando nuevos vínculos.

Se produce una remisión de la sintomatología; positiva, negativa y en general. Se observan cambios en las actividades cotidianas, iniciativas, proyectos nuevos.

## Capítulo V

### 9. Conclusiones

Esta investigación tuvo por objetivo conocer y comprender la incidencia del dispositivo de seguimiento, en el proceso de rehabilitación de un paciente con esquizofrenia.

De esta manera, el estudio permite afirmar que esta modalidad de intervención incide positivamente en el proceso de rehabilitación psicosocial; no obstante se requeriría un tiempo de intervención más prolongado, como forma de afianzar y asegurar la permanencia de los efectos que se despliegan a raíz del seguimiento: con el paciente y su familia.

Por otra parte emerge a su vez como resultado, que el sistema asistencial no favorecen la continuidad del tratamiento, y que por momentos el funcionamiento burocrático de las instituciones oficia de agente obstaculizador. Las características de estos pacientes hacen que muchas veces no logren sortear los obstáculos que imparten las lógicas institucionales, potenciando asimismo sus propias resistencias a los tratamientos, desencadenando un rechazo y alejamiento del sistema.

En este capítulo se desarrollan los resultados obtenidos a punto de partida del análisis de las diversas fuentes de recolección de datos. El estudio cualitativo de corte longitudinal, permitió evaluar el proceso de seguimiento, tomando como mojones, el inicio y el cierre del mismo. En ambas instancias, se dialogó con los actores implicados: el paciente ("L"), su familia, el técnico referente (en cada momento del proceso) y las acompañantes; asimismo se consideraron los documentos de las historias clínicas y el registro del proceso de seguimiento. Estos datos se triangularon con los resultados obtenidos de las escalas EEAG y PANSS y el marco teórico de referencia.

Las conclusiones a las que se arriba, responden las preguntas iniciales que guiaron los objetivos y diagramaron el trabajo de campo durante el lapso de tiempo de la intervención. Las categorías emergentes (Cisterna,2005) del material de análisis, constituyeron el eje para organizar la información recabada.

Se detallan a modo de síntesis, los contenidos más significativos que surgen y que responden las preguntas de investigación, acorde a los objetivos específicos planteados.

En primer lugar esta investigación tuvo por objetivo específico, determinar la capacidad de insight del paciente, en relación a la conciencia de sí mismo y de su enfermedad; concomitantemente, se analizó la incidencia de estos componentes en la

adherencia al tratamiento. En este sentido la noción de adherencia al tratamiento, como se ha expresado, no se asocia exclusivamente al tratamiento farmacológico, sino que abarca la totalidad de las terapéuticas del paciente.

Durante el estudio, se observó la escasez de información que poseía el paciente y su familia respecto de la enfermedad mental: su causa, tratamiento, efectos y su evolución. Principalmente surge de manifiesto la dificultad para poder pensar estos aspectos desde la perspectiva del propio paciente, como desde la mirada familiar.

A través del seguimiento se instaló un espacio que habilitó a la reflexión, donde comienza a preguntarse y esbozar una serie de pensamientos acerca de sí, de su funcionamiento, sus intereses y el proceso de su enfermedad, desde su propia subjetividad.

La falta de conciencia de enfermedad es un componente que se presenta en un alto porcentaje de pacientes con una enfermedad mental grave (esquizofrenia), lo cual trae aparejado la baja adhesión a los tratamientos. La dificultad de pensarse como portador de una enfermedad, se entrelaza con el temor a ser ubicado y ubicarse en el lugar de enfermo/estigmatizado o no ser nadie (como se observa en el análisis). En este contexto, se proyecta en el afuera, en agentes externos las causas de sus síntomas (droga, temáticas místicas, entre otros).

A raíz del seguimiento, se comienza a considerar la posibilidad de ser portador de una esquizofrenia, emergiendo concomitantemente sentimientos de índole depresivos. Estos pensamientos nuevos que se despliegan, oscilan entre tener conciencia de los mismos y negarlos, acompañados de una variedad de sentimientos (angustia, enojo, hostilidad, desapego). A raíz de este proceso, se esbozan interrogantes acerca de las causas (origen) y efectos de la esquizofrenia. Este preguntarse, habilita también la posibilidad de preguntarle a otros acerca de la misma: psiquiatra tratante y acompañantes, en busca de respuestas. El seguimiento desarrolla un espacio vinculante, que lo ubica en un lugar de sujeto, donde se siente mirado y habilita el mirarse; en la medida en que siente que puede confiar en otros y se siente escuchado, intenta reproducirlo en otros ámbitos (psiquiatra y familia). El acompañamiento promovió una mirada subjetivante, favoreciendo el empoderamiento de “L” en su propio proceso; en contraposición a otras miradas que lo cosifican. La cosificación lo ubica en un lugar de objeto/enfermo, generando reacciones adversas. El sujeto en este contexto parte de un a priori donde se siente objeto de la medicina, con un diagnóstico impuesto y una indicación de psicofármacos; para habitar un espacio donde se siente mirado, comprendido: se siente sujeto de derechos (esbozando necesidades e intereses). Este cambio en su necesidad de conocer y saber acerca de sí y su enfermedad, promueve un movimiento y un cambio en la postura del técnico, donde éste

le explicita por primera vez en qué consiste su enfermedad y los componentes psicodinámicos de la misma (en la línea de la psicoeducación). A raíz de este giro, desde el seguimiento se continúa trabajando en este sentido, dando respuesta a sus inquietudes. Los programas de rehabilitación, enfatizan la importancia de abordar con el paciente: la conciencia de enfermedad, comprender los fenómenos que suceden a raíz del proceso; así como sus fortalezas y debilidades para manejarse en su vida de relación. El abordaje de estos componentes, empodera al sujeto en su propio proceso, favoreciendo su adherencia al tratamiento. Por esta razón se considera que el seguimiento, aportó al proceso de rehabilitación del paciente en estos sentidos.

Paralelamente a estos movimientos, surge de la investigación que el estar acompañado por otros, lo confronta con un sentimiento de soledad que comienza a emerger. Descubre en este encuentro la importancia de compartir con otros, de no estar solo e identifica la necesidad de que otros lo acompañen en su vida. El propio paciente resalta la importancia de contar con un espacio para hablar de sí, sentirse escuchado y contenido. “L” valora el acompañamiento terapéutico como un espacio de habilitó instancias de aprendizaje: “Aprendí para qué sirven los psicólogos”. “Aprendí que es bueno hablar de cosas que están trancadas en la mente”, “aprendí cosas de la medicina que me estaban dando y cosas así”. Estos componentes permiten desplegar y potenciar los aspectos más sanos de la personalidad del sujeto, lo cual favorece su funcionamiento y relacionamiento con los otros, en la línea de la rehabilitación.

Sobre la adherencia al tratamiento y en concordancia con los objetivos planteados, se pudo vislumbrar que el paciente a lo largo de su historia ha desarrollado diversas modalidades vinculares en la relación a sus tratamientos y con los equipos técnicos; conllevando diversas repercusiones. El lugar que le es asignado en relación a las terapéuticas y a la enfermedad ha sido determinante en su vida. La vivencia transmitida se asemeja a la de un ser que ha sido ubicado en un lugar estigmatizado, de objeto; cosificado por el otro (técnico), quien desde su lugar de saber, no otorga lugar al decir del otro (paciente). A lo largo del tiempo, esto ha conllevado múltiples abandonos de los tratamientos, unido a la falta de conciencia de enfermedad; así como la falta de soportes terapéuticos y familiares o cuidadores que fomenten la adhesión a los mismos.

En este punto, según se logró pesquisar, el seguimiento promovió instancias de diálogo, donde trabajar en la apropiación en relación a su proceso y su tratamiento. En la medida que no se dice lo que le sucede, esto se actúa. Aquí se hace mención vínculo negativo generado con su psiquiatra, tras su segunda internación. El no sentirse escuchado en su dolor y en su malestar, le despierta un sentimiento de dolor, agresión y abandono, lo que trae aparejado como consecuencia, el abandono del tratamiento. El forjamiento de un

vínculo basado en connotaciones negativas y desencuentros adquiere en consecuencia dimensiones inimaginables (renuncia laboral). En la historia de sus terapéuticas, se observa que “L” pudo establecer un buen vínculo con el psiquiatra de la policlínica del hospital Vilardebó, dado que su experiencia con este técnico, ocurrió de forma diferente. “L” pudo vivenciarse como un sujeto, sin un estigma social que lo ubica en un lugar de enfermo. Este cambio de paradigma asistencial, favoreció la adherencia a la terapéutica indicada, constituyéndose en un vínculo (con el técnico y su medicación indicada), que singo un lugar privilegiado en relación al resto de las terapéuticas recibidas.

Si bien se demuestra en el estudio que durante el proceso de seguimiento, se logró cierta continuidad en el tratamiento, no se propiciaron los soportes suficientes o una derivación pertinente a otros: persona (familia), institución, etc. que oficiaran de referentes con el fin de acompañarlo y sostener la continuidad del mismo. A su vez, desde la policlínica no se gestionaron acciones adecuadas para sostenerlo (realizar un seguimiento del tratamiento, suministrar la medicación pese a la baja del carné asistencial, etc). Esto hace referencia por un lado a las resistencias del paciente a la terapéutica y por otro lado la inexistencia de un vínculo de confianza con el equipo de salud.

La rehabilitación apunta a generar prácticas que resulten desestigmatizantes, ya que innumerables veces en los servicios de salud se reproducen las mismas lógicas sociales, de discriminación y expulsión. Se comprende desde esta perspectiva, que en relación al proceso de seguimiento, si se generó una adherencia al tratamiento; destacándose una actitud de colaboración del paciente, en relación al espacio y comprometiéndose con él.

Si bien se considera que el dispositivo promovió una mayor capacidad de introspección en el paciente en pro de generar una mayor conciencia de enfermedad, del estudio surge que se requiere una red de contención que logre sostener estos procesos (que comienzan a desplegarse), a lo largo del tiempo. En ese sentido, se requiere de un trabajo más intenso con el núcleo familiar, como forma de afianzar estos movimientos y promover una mayor adherencia a los tratamientos; dado que si bien se inicia un proceso de reflexión sobre su enfermedad, no se logró una real conciencia acerca de la misma.

A nivel de la estrategia asistencial, surge como resultado del estudio, que los pacientes con este diagnóstico, son pensados y abordados desde los centros de salud (hospital y policlínica) desde una perspectiva unidisciplinar (psiquiatría). Por lo cual se pierde de vista una mirada integral del sujeto, descartando los factores psico-sociales en la estrategia terapéutica a seguir y en el abordaje de estos pacientes. Si bien esto no fue explorado (en el marco de la investigación) en el hospital Vilardebó, si fue indagado en la policlínica de referencia en el encuentro con la psiquiatra; lo cual generó un factor sorpresa.

A modo de respuesta, se enuncia que los pacientes con patologías graves se derivan a centros de rehabilitación, pero no se incorporan otros profesionales al trabajo de policlínica. Surge como resultado entonces, que no se efectúa un abordaje integral del paciente, y el diseño de la intervención se realiza desde una mirada disciplinar: la mirada médica. En este sentido es importante destacar que desde la disciplina psicológica, no se efectuó hasta el momento un reclamo ante la ausencia de derivaciones de pacientes con este diagnóstico.

A raíz de esto surgen diversas hipótesis: la ausencia de derivación ¿obedece a una falta de formación?, ¿a la falta de coordinación?, ¿poco acceso de los psicólogos a los servicios de salud mental? ¿Obedece a que el trabajo de los psicólogos se focaliza en la prevención y no en la rehabilitación de personas con esquizofrenia?. Todos estos planteos se explicitan a los efectos de oficiar de disparadores para futuras líneas de investigación.

Respecto del desempeño global del paciente, la capacidad de autonomía y autogestión (que constituyen otro de los objetivos), el estudio muestra lo siguiente: el espacio de seguimiento mediante la escucha, posibilitó comprender algunos procesos de su funcionamiento, del vínculo y el afecto que se despliegan en las relaciones que establece con los otros y consigo mismo. La construcción de un espacio vinculante o “zona intermedia” (“espacio transicional”), habilita a pensarse desde un lugar separado. Logra tomar cierto contacto con una madre vivida a modo ambivalente: donde por un lado protege o sobreprotege y por otro lado lo aleja de sí y abandona. Una madre que no puede mirarlo como a un ser diferente de sí misma. En este sentido se trabajó en la línea de empoderarse de sus propios intereses y su sentir; y se trabajó sobre la importancia de transmitirlo.

Por sus características las personas con esquizofrenia, poseen un funcionamiento donde por momentos resulta difícil discriminar lo propio de lo ajeno. Siendo que lo propio, se asocia a lo diferente y constituye una amenaza a ser expulsado de su casa, una amenaza a la existencia.

En relación a su autonomía, se observa un cambio de postura en relación al vínculo materno; el paciente logra transmitirle a su madre la idea de sentirse controlado (específicamente en el vínculo con sus hijas), y plantea la necesidad de asumir en cierta medida algunas responsabilidades: en relación a su propia vida y a su paternidad. Estos nuevos sentidos que se van desplegando, se alinean con los procesos que proponen los programas de rehabilitación cuya estrategia principal apunta a trabajar en base a la autonomía y la autogestión del paciente, fomentando mayores procesos de independencia; donde el sujeto ocupa un lugar de “protagonista de su propio proceso; conociendo su situación y comenzando a tomar sus propias decisiones” (Sandoval,2008, p.8).

En lo que refiere al desempeño cotidiano: se observan cambios en el funcionamiento

cotidiano familiar, comienzan a suscitarse encuentros con su familia que resultan gratificantes. El seguimiento propició instancias de diálogo con la familia, fomentando mayores niveles de interacción; esto incide de manera directa en la participación conjunta en eventos festivos (navidad), luego de muchos años en que esto no sucedía. Se detenta un cambio de posición subjetiva a nivel del funcionamiento familiar, donde ésta habilita y comienza a tolerar una movilidad a nivel de los roles, donde la locura circula en lo intrafamiliar.

Se observa un cambio interesante a nivel de las praxias y del funcionamiento. Su apragmatismo inicial y retracción, se desplazan comenzando a desarrollar algunas actividades que lo vuelven a vincular con su familia. Esto se trasmuda en una sensación subjetiva de comenzar a ser parte de su familia y no quedar en el lugar del excluido. En este sentido la rehabilitación tiene por objetivo principal, y según luce en la definición de la OMS al respecto, el intervenir en la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia. En este sentido surge del estudio la posibilidad de generar un movimiento en el sistema familiar, se produce un corrimiento de los lugares enquistados promoviendo interacciones más saludables.

Sobre el funcionamiento del paciente (conductas y comportamiento), se destacan dos componentes del estudio: la agresividad (heteroagresividad) y el apragmatismo.

El primer aspecto: la agresividad se presenta como un comportamiento reiterado en el paciente (causante de algunas de sus internaciones), pero a su vez, se le adjudica ese lugar del violento dentro del sistema familiar; se configura en el depositario o portavoz de la violencia del grupo. Esto genera lazos que promueven un desvínculo, plagados de sentimientos hostiles, de odio. La puesta en acto de aquellos contenidos que no pueden ser hablados, pero que son enunciados mediante las agresiones e insultos. Lo que no tolera, lo que frustra, lo que siente, lo trasmuda en acto. En un acto que dice algo de sí, pero que guarda asimismo para sí todo su significado. Algo del secreto familiar se resguarda y se preserva, sin posibilidad de enunciarlo.

Surge a raíz del estudio, que el proceso de seguimiento habilita un lugar a las palabras. Los actos adquieren lugar para la significación. Los procesos de pensamiento transforman los elementos beta en elementos alfa (Bion 1986); se gesta en ese espacio un vínculo capaz de desarrollar una función metabolizadora, la función alfa. Transformando el vínculo inicial (-K), en un vínculo (K) con sentimientos de amor (L) y de (H), al servicio de un vínculo que habilite al crecimiento; estableciendo una relación continente-contenido basados en sentimientos de tolerancia, sostén y contención. Los sentimientos de hostilidad y de odio (-L), disminuyen su papel protagónico, dando lugar a otros sentimientos y otras

modalidades vinculares. La remisión de estos contenidos agresivos, y la posibilidad de vincularse a nivel familiar de una manera más sana, ubica al diálogo en un lugar central, instalándose como un acto inaugural en la familia. Se establece una conexión entre el decir y escuchar-se, que habilita nuevas oportunidades. Su madre puede decir-pidiendo y “L” puede escuchar-haciendo (asumiendo alguna responsabilidad, colaborando en su casa, etc.).

En concordancia con lo antedicho, se cita en el marco referencial que el proceso de rehabilitación tiene por objetivo, mejorar el relacionamiento de las personas y una vida social más adaptada; en función de las potencialidades reales de sujeto, y no en base a entidades abstractas. Es decir pensar y diseñar conjuntamente con el paciente los pasos a seguir (PIR), y no adecuar el paciente a una terapéutica.

En lo que respecta al desarrollo de la capacidad creativa: intereses y participación en actividades de ocio y tiempo libre, surge como resultado del estudio, la posibilidad de comenzar a enunciar algo respecto de sus intereses y necesidades. Un ejemplo de ello se registra cuando comienza a generar acciones para no estar solo, en busca de sensaciones que le resulten placenteras y disfrutables. Hasta el momento su núcleo circundante era su cuarto, la casa de sus padres y la iglesia. Surge a partir de la intervención, una necesidad el conocer o recorrer lugares nuevos y compartir con otras personas. Estas ideas que emergen, tienen el carácter de lo realizables, no son construcciones abstractas.

Del estudio surge que “L” comienza a desarrollar acciones con proyección a futuro, saliendo de un plano de inmediatez. A partir de su propia iniciativa, construye un emprendimiento laboral, con asidero en la realidad. Es capaz de proyectarse y concretar un pequeño emprendimiento (venta de inciensos), partiendo de sus propias ideas y en función de sus intereses; por fuera de construcciones ideales o expectativas familiares o sociales. Un proyecto que viene gestándose en su cabeza desde tiempo atrás y que logra consolidarse en estos momentos del proceso. Para su realización, prevé un ahorro e invierte su dinero en el proyecto. Aparece aquí un registro que alude a un nivel de organización interna, donde hasta el momento la situación estaba dada por un contexto de pérdidas y acciones que lo despojan de los objetos (vendió la bicicleta, la guitarra, sacó la cama, la cómoda), denotando un lugar y un sentimiento de vacío (externo e interno a la vez). Es factible pensar que simbólicamente “L” comienza un proceso de inversión. Invierte en sí mismo; en el sentido de verter cosas hacia adentro. No sigue “perdiendo” sino que comienza a ganar, en el sentido de incorporar.

Esta frase resulta muy significativa, dado que sintetiza la multiplicidad de movimientos que comienzan a vislumbrarse: “está más... dialoga más, está más con sus



hijas. Se encarga más de ellas, más comunicativo, empezó con un proyecto de vender inciensos y vende, etc. Ahora no pide dinero, puede darle cosas a sus hijas” (M2).

De los resultados obtenidos sobre el funcionamiento de “L” se detenta el inicio de la integración de los componentes materiales y los contenidos psíquicos, integrando las vivencias de su sí mismo y de los objetos. La disminución de la sintomatología positiva, le promueve niveles de mayor confianza en el entorno y permite integrar aspectos que se mantenían disociados mediante la utilización del splitting forzando. Posibilita entonces comenzar a dar sin necesidad que le den y pudiendo abrirse al otro sin temor al ataque. El espacio de seguimiento propició un espacio de contención, de metabolización y el inicio de un proceso de mentalización; se esboza el inicio de un pensamiento propio, transformando las proyecciones masivas en contenidos que puedan ser tolerados para el yo, y pensados.

En este sentido el proceso de seguimiento en concordancia con la rehabilitación, intentó comprender cuales son las habilidades que posee el sujeto. En esa línea se debió discernir aquellas habilidades que según refiere Sandoval (2008) el sujeto no posee y aquellas que no despliega por no sentirse motivado. El contactarse con su interés y su deseo permite el despliegue de las potencialidades de cada uno. El espacio habilitó a reconocerse en torno a ellas y potenciarlas.

Por otro parte el estudio pretendía analizar la evolución de los vínculos familiares y sociales mediante el proceso de seguimiento. Interesa en este punto comprender la incidencia del dispositivo, en las vivencias que el paciente despliega en relación a los mismos y pesquisar algunas transformaciones como consecuencia de la intervención.

Klein (1946) plantea que el establecimiento de los vínculos dependerá del interjuego de los mecanismos proyección e introyección que se despliegan. Mediante este estudio se generó una aproximación a la comprensión del funcionamiento de esta red familiar, donde a través del seguimiento se habilitó un espacio que posibilitó trabajar las diversas modalidades vinculares y reflexionar acerca del funcionamiento y la dinámica familiar establecida. En este sentido el dispositivo de intervención tuvo por objetivo transformar o modificar aquellas que resultan nocivas para el paciente y su entorno.

En relación al vínculo con el cuñado (figura significativa y objeto de proyecciones masivas): tal como se cita en el análisis, el seguimiento le aportó estrategias de afrontamiento y adoptó algunas alternativas como forma de evitar el contacto con él, ser más “diplomático” según sus dichos. Refiere que aprendió a dejarlo a un lado, aunque por momentos queda capturado por estos contenidos. La disminución de los componentes delirantes (sintomatología positiva) enuncian el fortalecimiento de la barrera de contacto (Bion,1986), o de las fronteras entre el yo-no yo (al decir de Freud (1913)), desplegando

defensas que resultan más eficaces. Mantener alejado de sí aquellos contenidos que pueden resultar amenazantes para el yo mediante la evitación, habilita nuevos sentidos.

La figura de su madre, desde los inicios es vivida como una figura simbiótica, engolfante y abandonica a la vez; no permite la construcción de un lugar diferente. Encarna una madre que no puede pensar a su hijo como portador de una enfermedad mental y proyecta en el afuera (droga, amigos, etc.), la responsabilidad de los síntomas. En el intento ayudarlo, desestima cualquier acción que parta de su iniciativa y en contraposición propone acciones que parten de su interés y de sus preconcepto acerca de la vida y del deber ser. El ser y sentir de “L” quedan ciertamente relegados, por los planteos maternos. En esta misma línea, se vislumbra una gran dificultad para habilitar el rol y el lugar de la figura paterna. Esta madre omnipresente y omnipotente, anula el rol de padre, en alianza con su propia pasividad. Una madre que no puede otorgar lugar a un tercero. Un lugar para otro (padre), que interceda en esa relación simbiótica, por temor a la separación.

El proceso de intervención habilitó un espacio intermedio, una zona de transición, que habilita un proceso de separación. Este espacio se erige en lo simbólico, partiendo desde el plano real. Winnicott (1964) hace mención a la necesidad de construir lugares de transición que habiliten procesos de separación e independencia. Esta instancia fue promovida por las acompañantes, donde se habilita un lugar para la palabra, para el decir y el sentir. “L” se anima a cuestionar y solicita que se consideren sus necesidades y sus deseos.

En la medida que se logra hablar de la violencia que está depositada en el paciente, a modo de portavoz del grupo, la misma comienza a circular a nivel familiar, desde otros registros; existen otras modalidades simbólicas de expresión de la violencia. Su madre se enfrenta a su propia imagen como promotora de la misma; se reconoce siendo y generando éstos sentimientos en el otro. En este punto, el rol de las acompañantes fue fundante, dado que al observar el establecimiento del vínculo paciente-acompañantes, la madre comprende que ella se vincula desde un lugar donde no habilita el diálogo y promueve hostilidad. Menciona que “entendió” que debía hacer para ser escuchada, para no ser agredida. En este sentido se obtuvo como resultado del estudio que el seguimiento oficia de referente a nivel de las modalidades vinculares; y un organizador psíquico, fomentando un proceso resocializador.

En el vínculo con sus hijas, mediante el seguimiento se inaugura un lugar nuevo en relación a sus hijas; comienza a pensarse desde su función paterna y entorno a preocupaciones que atañen al rol. Si bien surgen fuertes cuestionamientos al lugar que su familia le otorga al lado de sus hijas, el espacio posibilitó pensarse desde ese lugar y

manifestar sus temores, sus miedos ante el no saber cómo ser padre. Pasa de ocupar una postura pasiva en relación a las mismas, a generar acciones proactivas que le permiten comenzar a pensarse desde un “ser padre” y actuar desde ese lugar. Se vislumbra asimismo que el lugar de padre, representa aquello que él ha podido “ser” en su vida y lucha por ocupar ese lugar. Asimismo reflexiona y se cuestiona en relación a sus propios modelos identificatorios, pretendiendo no reproducir la lógica paterna. El manifiesta que quiere ser distinto con sus hijas, a como siente que su padre lo fue con él. Demostrarle amor, dado que ellas (así como él), lo necesitan, según emerge de su propia narrativa.

Sobre la figura del padre: del estudio surge que el paciente puede comenzar a enunciar la necesidad de estar con su padre; de tener un padre. Se vislumbra a su vez una figura paterna que no puede contenerlo, que no lo puede abrazar. En los inicios, estos reclamos configuraban la temática delirante: ocupar un lugar en el trono, el hijo que está al lado del rey. La dificultad y el dolor de contactarse con el no sentir de su padre, lo conducía a abstracciones delirantes entorno a ser despojado de su lugar de hijo al lado del padre; siendo su cuñado el responsable de tal acción. Este temor, configura la ideación delirante, dado que el cuñado se transformó en un objeto persecutorio, que amenaza con despojarlo y ocupar su lugar. Los enojos con su familia, partían de los presentes estamentos.

El proceso habilita a “L” a contactarse con sus propios sentimientos y comienza a vivenciar a un padre más real, y enfrentarse al dolor de una figura paterna que no puede o no quiere demostrar su afecto.

Estas necesidades y deseos, pueden ser enunciados y dirigidos a su padre por primera vez, solicitando el apoyo y la ayuda de las acompañantes para poder transmitirlo. Necesita de un otro que refuerce su lugar, que le otorgue seguridad. Esta necesidad está dada por la ansiedad que conlleva enfrentar a un objeto tan idealizado y temido a la vez.

En síntesis, se observa en estos párrafos, que el seguimiento promovió y habilitó nuevas modalidades vinculares generando una ruptura de los modelos estereotipados de vinculación ya conocidos. Favorece instancias donde intercambiar desde el sentir. Tendió puentes entre él y su familia, como mediador en un espacio intermedio, a punto de partida de los intereses, necesidades y dificultades del paciente.

Asimismo se subraya los cambios observados a nivel de los vínculos con otras personas del entorno, donde comienza a distanciarse de un vínculo que resultaba nocivo para sí mismo, y retoma un vínculo anterior a raíz de su propia iniciativa.

Surge de la síntesis de esta categoría que el dispositivo de seguimiento, contribuyó en esta línea de la rehabilitación, en la medida que la misma enfatiza en la necesidad de intervenir sobre la trama familiar y social; siendo uno de los pilares fundamentales trabajar

con el entorno acerca del concepto de emoción expresada (tal como se conceptualizó en el marco teórico). Modificar las vías de comunicación y las formas de expresión, afianza los vínculos familiares y habilita nuevas transformaciones. Corta con funcionamientos enquistados y estereotipados a fin de establecer vínculos más sanos.

En última instancia, de los resultados obtenidos sobre el vínculo que el paciente establece con los técnicos en pro de la adherencia al tratamiento, se destaca lo siguiente:

Se pudo observar a la luz del estudio, que la continuidad en los tratamientos depende fundamentalmente del lugar que se le otorga al sujeto en relación a la enfermedad y al tratamiento. El vínculo transferencial que desarrolla con los técnicos, habilita u obtura la continuidad del tratamiento y la adherencia al mismo. Los tratamientos farmacológicos en aquellos pacientes que no poseen conciencia de enfermedad y que oponen resistencia a la ingesta de mediación, deben contar con un soporte o cuidador que oficie de nexo y que posibilite la conexión con el centro de salud. Este lugar les fue asignado a las acompañantes y ellas mismas lo asumieron para sí; pero los tiempos del seguimiento no permitieron desplazar este lugar a otro integrante de la red, como forma de poder dar continuidad al proceso iniciado. Esto resulta que al finalizar el proceso, no se logra mantener el vínculo con la institución (policlínica), dado que no se logró afianzar el vínculo con la misma; contrario a esto el centro de salud terminó siendo un sistema expulsivo.

La continuidad es un factor preponderante, así como la interlocución que mantuvieron las acompañantes con la técnica, a fin de transmitir lo que acontecía desde la realidad (permitiendo una continuidad en la vida del paciente) y la vivencia del paciente en relación a la terapéutica. Es fundamental que el paciente cuente con un espacio donde poder transmitir su sentir en relación a lo que le sucede sobre el tratamiento (vínculo técnico-paciente).

En cuanto al vínculo con las acompañantes: surge claramente del estudio, la importancia del rol que desempeñaron las mismas, en el proceso de acompañar. Esta acción promovió la construcción de un vínculo que habilitó un lugar para lo nuevo, desde varias perspectivas. El seguimiento generó la posibilidad de encontrar algunas respuestas a tantas dudas e interrogantes. Habilitó nuevas formas de pensar, de ser, de estar y de relacionarse en y con la trama familiar.

#### **EN SINTESIS:**

Se considera a raíz del presente estudio, que el dispositivo de seguimiento es una herramienta de intervención que contribuye en el proceso de rehabilitación de los pacientes.

Implica una alternativa de abordaje válida y necesaria a la hora de pensar la complejidad que implica el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

Permite generar nuevas modalidades vinculares, favoreciendo canales de comunicación desde diversas perspectivas y con todos los actores que conforman su red social y asistencial; en la medida en que comprendemos a la red como aquella que permite contener y sostener al paciente en la comunidad.

Esta modalidad de intervención oficiaría de soporte fundamental dentro del sistema sanitario, para aquellos pacientes considerados de “mal pronóstico” evitando que se configuren en pacientes de “puerta giratoria”. La red asistencial posee ciertas falencias estratégicas dentro del sistema, que requieren que las mismas se ajusten o adecúen a las necesidades reales de cada paciente y sus familias.

## **10. Recomendaciones**

En este segmento se pretende desarrollar algunas líneas que emergieron como resultado del estudio, y que pretenden ser un aporte al los efectos de pensar el dispositivo de seguimiento propuesto como práctica de formación de pregrado de la Facultad de Psicología de la UdelaR; así como el arrojar luz acerca de los dispositivos que brinda la red asistencial para personas con esquizofrenia.

### **Sobre el dispositivo de seguimiento:**

El dispositivo propuesto, posee múltiples componentes que promueven el despliegue de aspectos sanos y la promoción de habilidades en el sujeto. Por otra parte, se considera necesario enfatizar sobre el abordaje con la familia o la red social, como forma de generar otros agentes que oficien de cuidador al finalizar el proceso de seguimiento. El oficial de referente para el paciente y la familia, posee una doble vertiente: oficia de nexo y promueve otras modalidades vinculantes, pero la figura del acompañante queda ubicada en un lugar de depositario de las falencias a nivel del sistema familiar, asumiendo un rol protagónico, sin lograr empoderar a otro referente o cuidador, que desempeñe ese rol.

Dado que los tiempos de la intervención se ven acotados por los tiempos académicos, considerar la posibilidad de generar un dispositivo que permita la continuidad del trabajo realizado, a modo de afianzar en mayor cuantía los procesos que se despliegan y que se inician en el seguimiento; dado que los mismos promueven y potencian los aspectos más sanos del paciente. Otorgan una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

### **Sobre los dispositivos asistenciales:**

En primer término, se considera necesario brindar espacios de psicoeducación para los pacientes y familiares, con el fin de conocer y comprender la enfermedad mental, sus causas y las repercusiones en el paciente. Promover y potenciar las capacidades por encima de los procesos que se encuentran afectados por la enfermedad, dado que el desconocimiento de la misma y su vivencia estigmatizante, produce efectos nocivos para el sujeto, el entorno y la adhesión a las terapéuticas. Es necesario asimismo que el paciente pueda vivenciarse como un sujeto en situación de consulta y no objeto en la misma. El empoderamiento en su proceso de rehabilitación, tal como lo propone el Modelo de Recuperación, habilita una mirada subjetivante y produce en el paciente un interjuego entre ser sujeto de derechos y un marco de responsabilidad respecto a su terapéutica; esto redundaría en un beneficio para el paciente y el técnico.

Por otro parte, es nodal efectuar un abordaje integral del paciente, donde promover una mirada integral que contemple los aspectos psicosociales de las situaciones clínicas con el fin de diseñar una estrategia de intervención más ajustada a la realidad de cada persona (tanto desde la institución hospitalaria como en policlínica).

Se considera necesario, generar una instancia donde promover espacios de encuentro entre el paciente y el técnico, que posibilite un vínculo de confianza con el fin de fomentar la adherencia al tratamiento y la continuidad del mismo. Es menester desde las instituciones instrumentar instancias de psicoeducación para las familias donde se permita comprender la patología del paciente, su padecimiento psíquico y orientar en estrategias de de autocuidado.

Sería necesario entonces promover instancias de capacitación para los técnicos: médicos, psicólogos, trabajadores sociales y acompañantes, en este tipo de abordaje como forma de minimizar los riesgos y los efectos negativos de la estigmatización; dado que contribuiría en los planes desarrollados por el Sistema Nacional Integrado de Salud y en el marco de sus prestaciones.

## 11. Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica* (México), 26(73), 249-264.
- American Psychiatric Association.(1994) Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales: texto revisado (DSM-IV-TR). Artmed. 4a edición. Washington, DC.
- Arzaluz Solano, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad*, 17(32), 107-144. México.
- Badaracco, J. E. G. (1990). Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Tecnipublicaciones. Buenos Aires.
- Baudrillard, J. (2010). *La ilusión vital*. Siglo XXI. España.
- Betrián Villas, E., Galitó Gispert, N., García Merino, N., Jové Monclús, G., & Macarulla Garcia, M. (2013). La triangulación múltiple como estrategia metodológica. REICE. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. España.
- Berenstein, I., & Berenstein, I. (2008). Del ser al hacer: curso sobre vincularidad (No. 150.195 BERde). Buenos Aires.
- Bion, W. R., & Grinberg, L. (1980). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1963). Psicología de la conducta (pp. 62-63). Buenos Aires: Eudeba.
- Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*, 24(2), 241-258. Bs.As. Argentina.
- Bourdieu, P., Inda, A. G., & Beneitez, M. J. B. (2001). Poder, derecho y clases sociales (Vol. 2). Bilbao: Desclée de Brouwer. España
- Brigido, A. M. (2016). Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación. Páginas. *Revista de la Escuela de Ciencias de la Educación*, (4). Argentina
- Cabrera, F. C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71. Chile.
- Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M., & Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 25-47. Madrid
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96. Montevideo-Uruguay
- Castejón, M. A., & Cendoya, M. otros.(1994) La comunidad como recurso de rehabilitación. *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 2(1), 117-134. Madrid



- Castoriadis-Aulagnier, P. (1993). La violencia de la interpretación. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Cerqueira, L. (2006) O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos. (Domingos Sávio do Nascimento Alves;2007:260). Brasil.
- Cladakis, M. (2013). Sartre: El Otro como referente en la constitución de mi objetividad en: <http://revistanuevasvoces.com.ar/index.php/ensayos/item/141-el-otro-como-referente-en-la-constituci%C3%B3n-de-mi-objetividad>.
- Cossi, E. (2001). Consideraciones sobre el acompañamiento terapéutico. En Recopilación de Congresos Nacionales de acompañamiento terapéutico. Argentina-
- D'ancona, C., & D'Ancona, M. A. A. C. (1999). Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Síntesis. Madrid.
- De Paula Andrade, R. L., & Pedrão, L. J. (2005). Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13(5), 737-742. Brasil.
- De la Lengua, D.I.C.C.I.O.N.A.R.I.O., Academia, R.E.A.L., Calpe, E.S.P.A.S.A., Secundaria, E.D.U.C.A.C.I.Ó.N., española, E., Luis, J., ... & DE, P. (2002). Diccionario de la Lengua Española vol. I. Madrid.
- Denman, C. A., & Haro, J. A. (2002). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Región Y Sociedad, 14(23), 236. México.
- Díaz, I., & Pérez, R. (2010). Psicología Clínica:¿ Qué es?¿ Qué hace?¿ Cómo lo hace?¿ Para qué sirve?". Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Díaz del Peral, D. (2013) El Modelo de Recuperación. Trabajo en Equipo y en Red. En: Red Nacional de Salud Mental de ASSE (2013). Identidad y Convivencia. Experiencias presentadas en la Jornada 2012. Montevideo: Editorial Psicolibros Universitarios. España.
- Domènech, M.& Tirado, F. (1998) De la agencia a la individuación: aportaciones desde los estudios de la ciencia y la tecnología. Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Etchegoyen, H. (1997). Los fundamentos de la técnica analítica. Amorrortu. Buenos Aires.
- Henry, E. (1978) Tratado de psiquiatría, Edit. Barcelona. Toray-Masson, S.A.
- Flechner, S. (2013). Violencia materna. Revista uruguaya de psicoanálisis, 117, 19-32. Uruguay.
- Flick, U. F., Muñoz, L., Muñoz, E. M. M. L., de Kohan, C., de Kohan, N. C., Ortega,



- Gonzalez, J., ... & Espinosa, D. M. G. (2012). Introducción a la investigación cualitativa (No. 303.442). Córdoba (Argentina: Provincia). Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 223-244. Madrid.
  - Fiorati, R. C., & Saeki, T. (2008). O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 763-772. Brasil.
  - Fontes, C. (2014). La rehabilitación psicosocial en la psicosis esquizofrénica. Uruguay.
  - Foucault, M., & Perujo, F. (2008). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica (No. 1Foucault). Siglo Veintiuno. México.
  - Freud, S. (1911). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. *Obras completas*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
  - Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. *Obras completas*, 19, 150-159. XIX Buenos Aires: Amorrortu editores (1976).
  - Freud, S. (1977). Manuscrito H. *Obras Completas*, 689. *Obras completas*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
  - Freud, S. (1992). Introducción al narcisismo. Alianza. *Obras completas*, 12. Amorrortu editores. Buenos Aires.
  - Freud, S. (1998). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis"[1924]. *Obras completas*, Amorrortu editores 19. Buenos Aires.
  - Gabbard, G. (2000) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (3era. Edic.) Bs.As.: Editorial Médica Panamericana.
  - García, A. T., & de Mendonça, L. D. (1995) *Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización*. España.
  - García, J. L. Tizón. (2006). Resiliencia y contención en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Archivos de psiquiatría*, 69(2), 81-84. España.
  - Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Chile.
  - Ginés, A. & Porciúncula, H. & Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129-150. Montevideo-Uruguay
  - Giraldez, C. G. (2009). Análisis espacial en salud mental: el caso del hospital vilardebó de Montevideo-Uruguay. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 5(9).

- Giraldez, C.G. (2014). Geografía de la Salud aplicada en un problema de salud mental: Dinámica espacial de los ingresos primarios del hospital psiquiátrico Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo. Tesis de grado de la Licenciatura de Geografía, UdelaR.
- Gisbert, C. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios. Madrid.
- Green, A. (2011). El pluralismo de las ciencias y el pensamiento psicoanalítico. Revista de Psicoanálisis, 2-3. Argentina.
- Grinberg, L., Sor, D., & De Bianchedi, E. T. (1986). Introducción a las ideas de Bion. Nueva Visión. Argentina.
- GRUPO, L. H. 109 (Laboratorio para el Análisis del Cambio Educativo),(1999). Introducción al estudio de caso en educación. Universidad de Cádiz. España.
- Guzmán, R. R. (2010). Sobre la función del caso clínico en la transmisión del psicoanálisis. Contenido/Summary, 69. Revista de Educación y Desarrollo, N 12. Guadalajara México.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2008). Metodología de la Investigación. 4ta Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México D.F.
- Hounie, A. L. (2010). Clínica y Transmisión. Psicología, conocimiento y sociedad, 1(02), 33-62. Uruguay.
- Isaacs, S. (1967). Naturaleza y función de la fantasía. M. Klein y otros, Desarrollos en psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé.
- Jaimes, C. F. (2012). Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría un Otro que no existe. Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología, 7(1), 82-91. Montevideo-Uruguay.
- Karen, R. S., & Osvaldo, Q. L. A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Volumen 6. México.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. Obras completas, 2, 279-303. Hormé, Buenos Aires.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Obras completas, 3, 10-33. Hormé, Buenos Aires.
- Klein, M. (1957) Envidia & Gratitud. vol. 3. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Kraepelin, E. (1996). La demencia precoz: 1a parte. Buenos Aires. Polemos. (2008)
- Laing, R. D., & Esterson, A. (1970). Cordura, locura y familia. FCE. México.

- Laplanche, J., Laplanche, J. L., Laplanche, J., & Laplanche, J. (1971). Diccionario de psicoanálisis (Vol. 38, No. 159.964. 2). Labor. Barcelona.
- Larrobla, C. (2007). Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 125-134.
- Linares Vallejo, I., Hernández Herrero H., Castrodeza Sanz, J. J., De La Gandara Marín, J. J., & Negueruela Azarola, E. (2002). Pacientes con ingresos múltiples en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Hospital General: variabilidad y relaciones dentro del grupo. In *Anales de psiquiatría* (Vol. 18, No. 4, pp. 145-153). Aran Ediciones. España.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Lourau, Rene. (1991). Implicación y sobreimplicación<sup>1</sup>. Mimeo. Desgrabación disertación en el 1er encuentro El Espacio Institucional. Buenos Aires.
- Lourau, R. (2001). Libertad de movimientos. Eudeba, Buenos Aires.
- Lluch, M. T., Fornés, J., Rodríguez, A., & Giner, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(1), 1-45. España.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1977). El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación. Ediciones Miramar, Buenos Aires.
- Martínez, P., Elena, M., Morillo Rodríguez, F. J., Salvadores Fuentes, P., & Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, Año VII, n. 13 (1. semestre 2003); pp. 29-35. Comunidad de Valencia.
- Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Alvarez, P., Oviedo, C., & Ellwanger, J. (2004) Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital general. *Terapia Psicológica*, vol. 22, núm. 2, Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Chile. 177-184.
- Martínez C, P. C. (2011). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. Recuperado el 02 de marzo de 2009, de [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento\\_gestion/20/5\\_El\\_metodo\\_de\\_estudio\\_de\\_caso.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf)
- Mateo Ballorca, J. (1999). Jean Starobinski: razones del cuerpo, razones del crítico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(70), 313-321.

- Mendilaharsu, C., & Acevedo de Mendilaharsu, S. (1987). Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 66.
- Mental, S. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 111-116.
- Moffatt, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido: ideología y técnica de la psiquiatría popular* (Vol. 6). Editorial-Librería ECRO. Bs. As Argentina.
- Ministerio de Salud Pública - SNIS (2009) Recuperado en 07/2013 URL <http://www.msp.gub.uy>
- Moreno, F. E. (2011). La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 262-269. Málaga.
- Morlachetti, A., Castilla, K., Monteiro de Brito Filho, J. C., Bandeira Galindo, G. R., Bregaglio, R., Zanotta, L., ... & Aylwin, J. (2014). *Derechos Humanos de los Grupos Vulnerables*. Manual. Red de Derechos Humanos y Educación Superior. España.
- Nasio, J.D. (2001). Que es un caso? Texto extraído de “Los más famosos casos de psicosis”. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Nivoloni, J. M. (2008). El acompañamiento terapéutico y la psicosis. *Revista de Psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*, (5). Universidad de Salamanca. España.
- Noguero, F. L. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Enclave pedagógica*, 4. España.
- Ojeda, N. (2009). La predicción del diagnóstico de esquizofrenia: el rol de la neurocognición en el primer episodio de la psicosis. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente y práctica*.  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. World Health Organization. Disponible. [www.who.int/features/qa/38/es/index.html](http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html)
- Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. ISBN 978 92 4 350602 9 (Clasificación NLM: WM 101) Ginebra. Suiza.
- Ottaviano, L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología*, 44-53. Argentina.
- Pastorino, G. (1999). El necesario desafío del trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental mediante la conformación de equipos con la inclusión de

- Trabajadores Sociales. Trabajo final de la Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Sin publicar, presente en Biblioteca. Montevideo. Uruguay
- Pécora, M.(2013) Alfredo Moffat: El reparador de Sueños. Entrevista publicada en la revista Psicología Social para Todos en julio de 2013. Buenos Aires.
  - Perestelo Pérez, L., Rivero Santana, A. J., González Lorenzo, M., & Pérez Ramos, J. (2010). Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente, y su relación con el contexto de aplicación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife. Madrid.
  - Pichon-Rivière, E. (1965). Grupos familiares: Un enfoque operativo. E. Pichon-Rivière (1977), El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I, 65-74 Del psicoanálisis a la psicología social I. Buenos Aires: Nueva Visión.
  - Portela, M. (2008) Los inicios del Acompañamiento Terapéutico en Uruguay. [http://espaciocero2005.blogspot.com/2008\\_11\\_01\\_archive.html](http://espaciocero2005.blogspot.com/2008_11_01_archive.html).
  - Pulice, G. (2011). La función del acompañante terapéutico y su inclusión en la estrategia de un tratamiento. Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico. Facultad de Psicología Buenos Aires, Letra Viva, 2011. Capítulo 3
  - Roca, M. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. Actas Esp Psiquiatra, 34(6), 386-392. España.
  - Rodríguez Pulido, F. (2010). La recuperación de las personas con trastorno mental grave en un modelo de red de redes. La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con Trastorno Mental Grave, 13. España.
  - Rodríguez, J., & González, R. (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington. OPS.
  - Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C. & Frontera, G. (2007). El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 71(2), 135-152.
  - Rossi, Gustavo. (2004) “La locura es la soledad. Bases del Acompañamiento Terapéutico”. Página 12. Bs As. Argentina.
  - Ruedas, M., Ríos, M., & Nieves, F. (2007). Epistemología de la investigación cualitativa. Educere, 13(46), 627-635. Aragua Venezuela.
  - Ruiloba, J. V., & Pascual, C. B. (1993). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España.
  - Ruíz Ogara C. et al (1982). Psiquiatría. Barcelona: Toray S.A.

- Saiz Galdós, J., & Chévez Mandelstein, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Psychosocial Intervention*, 18(1), 75-88. España.
- Salamanca, A. B., & Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, 27, 1-4. Madrid.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148. Perú.
- Sales, L. (2006). Freud, desde la paranoia al reconocimiento de la esquizofrenia. *Intercanvis, Papers de Psicoanàlisi*, (17). Barcelona.
  
- Sánchez, C. V. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La revue du REDIF*, 1, 15-22. Universidad de Deusto. Bilbao. España.
- Sandoval-Chacón C. (2008) Rehabilitación Psicosocial: Reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales. *Cúpula* 2008; 22 (1): 11-22. Costa Rica.
- Sandoval, C. (2008) El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) en personas con problemas de Salud Mental: La experiencia del Hospital Nacional Psiquiátrico. *Revista Cúpula*. Costa Rica.
- Sartre, J. P. (1946). *El ser y la nada*. Iberoamericana. 3 vols., Iberoamericana, Buenos Aires.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. clacso. Buenos Aires.
- Sharma, S. (2004). Rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico crónico: el papel de la familia. *Rehabilitación psicosocial*, 1(1), 34-37.
  
- Silva, M. V. D. O., Costa, F. R. M., & Neves, L. M. (2010). Programa de intensificação de cuidados:: experiência docente-assistencial em Psicologia e reforma Psiquiátrica. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(4), 882-895. Universidad Federal de Bahía.
- Spink, P. (2007). Replanteando la investigación de campo: relatos y lugares. *Fermentum*, 17(50), 561-574. *Revista Athenea Digital*, 8. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/537/53700818.pdf>
- Stake, R.E. (1998) *Investigación con estudio de caso*. Ediciones Morata. Madrid
- Tamayo, R. P. (2005). La investigación en la medicina privada. *Acta Med*, 3, 271-277.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1984/1987). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tercero, R. P. (1996) Revisión histórica de la Terapia Familiar. *Psicopatología*, 14: 5-17 España.

- Tizón, J. L., Salamero, M., de la Lama, E., & Díaz-Munguira, J. M. (1980). La calificación del Insight en la práctica clínica psicodinámicamente orientada: Una investigación clínica. *Anuario de Psicología*. Barcelona.
- Ubilla, E. (2009) El concepto de Salud Mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47 (2), 153-162. Chile.
- Usobiaga, E. (2005). El encuadre y psicoanálisis. *Norte de Salud mental*, 6(23) Bilbao.
- Vacheret, C. (2008) La violencia en el vínculo fraterno. *artículo publicado en Revista Psicoanálisis e Intersubjetividad*, (4). Nº ISSN: 1850-4116. Brasil.
- Vázquez, C. y Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro y A. Pastor (eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Síntesis.
- WAPR/WHO (1996) Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso. Recuperado en 08/2013 URL <http://www.fearp.org/documents/consensowho.pdf>
- Walker, R. (1982). La realización de estudios de casos en educación: ética, teoría y procedimientos. In *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa* (pp. 42-82). Narcea. Madrid.
- Winnicott, D. (1964). Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis. *Exploraciones Psicoanalíticas*, I. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1963). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. El proceso de maduración en el niño. Winnicott DW, editor, 3, 99-110. Buenos Aires. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego* (pp. 93-94). Buenos Aires: Gedisa.



## **12. Anexos**

### **12.a Consentimiento informado**

Se expone el consentimiento informado del usuario, habiendo utilizado la misma leyenda para los consentimientos de los familiares y los informantes calificados.

#### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación es conducida por la Lic. En Psic. Mónica Rossi, docente de la Universidad de la República, Facultad de Psicología.

Se abordará el tema acerca de la incidencia del dispositivo de seguimiento en el proceso de rehabilitación de los pacientes. La participación en la investigación es de carácter voluntaria. Su deseo de participar o no de la misma, es independiente de su participación en el seguimiento. Son prácticas independientes. La intención principal es observar y analizar si dicho dispositivo implica una intervención terapéutica, que posibilita cambios en el sujeto: si fomenta mayores nivel de autonomía, autogestión, inserción social, etc; apuntando a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Si usted accede a participar en este estudio, se realizarán cuatro entrevistas una al comienzo, otra a mitad del proceso; al finalizar el mismo y luego de cuatro meses de finalizada la intervención. Cada entrevista durará aproximadamente una hora de su tiempo. A su vez al comienzo y al finalizar el proceso se le aplicarán unas escalas (las cuales son preguntas que se completan muy rápidamente, no requerirá mucho tiempo), que nos permitirán analizar el proceso. Lo que conversaremos durante las entrevistas se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista y a las escalas, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes de grabaciones se destruirán.

#### **Efectos secundarios y riesgos**

No existen riesgos para su salud por participar de este dispositivo de seguimiento. Asimismo si usted se siente afectado por participar del mismo, se recurrirá de forma inmediata al equipo técnico referencia, por esta o cualquier otra eventualidad.

#### **Beneficios, incentivos.**

Esta investigación representa un aporte a la comunidad científica, ofreciendo nuevas alternativas de intervención para sujetos con patologías psiquiátricas

No se otorgará ningún tipo de incentivo económico por participar de esta investigación

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le



parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Esta propuesta ha sido evaluada por el comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y ha sido aprobada su realización por el Comité de Ética del Hospital Vilardebó.

La investigadora le proporcionará un número de teléfono y podrá contactarla cuando usted lo considere necesario.

### **Formulario de Consentimiento Investigación**

Yo \_\_\_\_\_ (nombre de la persona) \_\_\_\_\_ número de documento \_\_\_\_\_ fui invitado/a a participar en una investigación que consiste en el **“Estudio sobre el Dispositivo de seguimiento, como estrategia de intervención terapéutica, en el proceso de rehabilitación de pacientes con esquizofrenia”**.

Entendí que se busca conocer de qué forma incide el dispositivo en el proceso de rehabilitación de los pacientes.

Participar de la investigación es independiente o no de la continuidad del seguimiento; son independientes.

Me ha sido proporcionada toda la información necesaria en relación a esta investigación, conozco los datos de la investigadora y he tenido posibilidad de consultarla. Sé que puedo dejar de formar parte de esta investigación si así lo deseara, sin que ello me perjudique de ningún modo.

Participar de la experiencia no me implicará ningún costo ni beneficio económico.

Estoy informado que se respetará el anonimato sobre mi participación en el la investigación, y serán confidenciales los datos.

He decidido en forma voluntaria participar de la propuesta.

Se me entrega una copia del Documento completo de Consentimiento Informado.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Investigadora:

Rossi de Baeremaeker, Mónica: \_\_\_\_\_

---

## 11.b Resultados de las escalas PANSS por ítems.

### ESCALA PANSS-P: 7 ítems

Cantidad de ítems	Variación en puntos
6	1
1	2
0	0

**SE RESALTA:** El ítem que presentó mayor variación corresponde a: Hostilidad

### ESCALA PANSS-N: 7 ítems

Cantidad de ítems	Varianza en puntos
4	1
3	2
1	0

**SE RESALTA:** Los ítems que presentaron mayor variación corresponden a:  
embotamiento afectivo, retraimiento afectivo y retraimiento social.  
El ítems que no presentó variación son: Pensamiento estereotipado

### Escala de la patología general (PANSS-PG): 16 ítems

Cantidad de ítems	Variación en puntos
9	1
3	2
4	0

**SE RESALTA:** Los ítems que presentaron mayor variación corresponden a: falta de colaboración, ausencia de juicio e introspección, evitación social activa.

El los ítems que no presentó variación son: Sentimiento de culpa, manierismos y posturas, depresión y desorientación