



**Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología
Trabajo Integrador Final**

Título: “El AT como facilitador en el proceso de duelo en pacientes que han sufrido crisis accidentales: un análisis integral”

Modalidad de presentación: Investigación bibliográfica.

Alumna: Agustina Santiago.

Legajo: S-5467/4

DNI: 39.816.921

Mail: agus.santiago97@gmail.com

Docente responsable: Lis Pumo.

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
DESARROLLO.....	5
Acompañante terapéutico.....	5
Crisis accidental y acompañante terapéutico.....	6
Duelo.....	7
Rol del acompañante terapéutico.....	11
Trabajo interdisciplinario.....	12
Acompañante terapéutico y familiares del paciente.....	14
CONCLUSIÓN.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

RESUMEN.

En el presente Trabajo Integrador Final de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, se postula como tema el Psicoanálisis y los Acompañamientos Terapéuticos, bajo la modalidad de investigación bibliográfica. A partir de un recorrido por los diferentes aportes que han realizado desde la teoría del psicoanálisis, se aborda como problemática el importante papel del acompañante terapéutico en la elaboración del duelo en pacientes que han sufrido crisis accidentales y sus familiares, convirtiéndose su indagación en el objetivo general de la investigación bibliográfica, mientras que los objetivos específicos que se plantean son, entre ellos, indagar las estrategias de intervención que construye el acompañante terapéutico para la elaboración del duelo del paciente y sus familiares, investigar el impacto de las crisis accidentales en los pacientes y sus familiares, explorar las actitudes de adaptación o respuestas defensivas que desarrolla el paciente frente a la crisis accidental y por último, conocer las modalidades de elaboración del duelo que desarrollan el paciente y sus familiares. A raíz de estos objetivos se llega a la conclusión de que la figura del acompañante terapéutico se erige como un puente esencial en el proceso de recuperación de pacientes y familias que han experimentado crisis accidentales, facilitando el reencuentro clínico con la subjetividad y promoviendo una

aproximación integral y multidisciplinaria a la salud mental. Buscando, en última instancia, restituir el protagonismo subjetivo a través del proceso de duelo y reconstrucción personal, rechazando una visión fragmentaria del sujeto enfermo.

Palabras Claves:

Crisis accidentales – Duelo – Acompañamientos terapéuticos – Interdisciplina. 2

INTRODUCCIÓN.

En la presente investigación bibliográfica se abordará como problemática el importante papel que el acompañante terapéutico cumple en la elaboración del duelo en pacientes que han sufrido crisis accidentales y sus familiares. Esta problemática adquiere significativa importancia siendo el psicoanálisis el que proporciona un marco teórico crucial para el acompañante terapéutico, en el cual los profesionales pueden basarse para desarrollar sus habilidades y competencias. Este abordaje, acerca de los acompañamientos terapéuticos y las crisis accidentales, se llevará a cabo realizando un recorrido, el cual se divide en secciones. Se comenzará en primer lugar a esbozar un recorrido acerca de la figura del acompañante terapéutico, de manera general, resaltando los orígenes de esta práctica joven que está enmarcada en la Ley Nacional n° 26.657, el cambio de denominación de amigo calificado a acompañante terapéutico, el cual no fue un hecho trivial, sino que implicó un cambio en cuanto a la delimitación y alcances del rol. En la segunda sección, '**Crisis accidental y Acompañamiento terapéutico**', se dará cuenta de lo que es una crisis accidental, el impacto que produce en el bienestar emocional y psicológico de las personas, motivo por el cual interesa específicamente desarrollar el rol del AT en estas situaciones, ya que estos acontecimientos repentinos

dejan una profunda huella en quienes los experimentan. Por eso en tercer lugar, se abordará el **'Duelo'**, teniendo en cuenta que las crisis accidentales, que atraviesan el paciente, y por lo tanto también la familia, implican una pérdida, un duelo, que deberán afrontar para hacer posible la aceptación de lo irreparable de la pérdida y lograr conectarse con esa nueva realidad. En esta sección, se desarrollarán concepciones del duelo desde diferentes autores, atravesados por la perspectiva del psicoanálisis, que darán cuenta del proceso de duelo que deberán llevar a cabo estos pacientes, y dando lugar también al posible desenlace patológico que podría desencadenarse, es decir, la melancolía. Se desarrollará también las distintas etapas que se deberán atravesar para lograr elaborar la situación de crisis. Etapas de las cuales cada uno de los miembros del grupo familiar va a atravesar de diferentes maneras, no habiendo incluso sincronía entre ellos. También se dará cuenta de ciertas reacciones psicológicas y comportamientos, que pueden entenderse como actitudes de adaptación o respuestas defensivas frente a la pérdida. En la cuarta sección, **'Rol del Acompañante Terapéutico'**, se abordará la diferencia de su función con respecto a la del analista, sus principales funciones, las intervenciones y estrategias que desarrolla el acompañante terapéutico, para que ese duelo pueda seguir sus fases normales y no se convierta en patológico. De ahí la relevancia que cobra la función de sostén del acompañante terapéutico, del equipo asistencial e incluso del entorno de la familia que ayudaran a que encuentren recursos para afrontar la situación, temas que se abordaran en las últimas dos secciones, en las que se destacarán la importancia del trabajo interdisciplinario, en la quinta sección, ya que la labor del AT estará inscripta en el seno de un equipo. En esta quinta sección, se dará cuenta de las principales estrategias de tratamiento que desarrollan teniendo en cuenta la complejidad que presenta cada caso, y por último, en la sexta sección, **'Acompañamientos terapéuticos y familiares de los pacientes'**, se destacará la función terapéutica que también cumple la familia ya que la función de sostén que cumple la familia está asociada a otra más específica que es la de agente terapéutico, es decir, la familia se convierte en ayudante terapéutico haciendo más eficaces los esfuerzos terapéuticos. Para finalizar, se desarrollará una conclusión, que servirá como reflexión final del camino recorrido durante la presente investigación bibliográfica, en la que se dará cuenta la importancia de centrarse en el sujeto concreto, reconociendo su singularidad y contexto, de la necesidad de combatir el concepto de salud que descansa sobre la necesidad de darle a la enfermedad una 'solución' práctica y no una conciencia subjetiva personalizada, buscando darle la palabra, restituirle un lugar a la subjetividad destituida, destacando la relevancia de un psiquismo abierto concibiendo a la subjetividad en un proceso de construcción permanente, con posibilidad de adquirir nuevas marcas. En conclusión, destacar como la figura del acompañante terapéutico emerge como un puente esencial en el proceso de recuperación de pacientes y familias que han

3

experimentado crisis accidentales, facilitando el reencuentro clínico con la subjetividad y promoviendo una aproximación integral y multidisciplinaria a la salud mental.

DESARROLLO.

Acompañante terapéutico.

El Acompañante Terapéutico (A.T.) es una práctica que está nombrada en la Ley Nacional nº 26.657. Los mitos fundantes del Acompañamiento Terapéutico remiten a la década del 60, en consecuencia, puede deducirse que resulta un oficio relativamente joven. Es a partir de esta particularidad que el Acompañamiento Terapéutico como campo de prácticas aún habita cierto eclecticismo, la disputa de sentido en torno a cuestiones metódicas-epistemológicas y apuntalamientos clínicos-éticos aún forman parte de un debate no saldado. En el afán de hacer un orden de razones que sostengan su práctica, el Acompañamiento Terapéutico ha tomado herencias metódicas de diversas disciplinas, como el psicoanálisis, el derecho, la pedagogía, la psicología evolutiva, entre otras (La Masotta, 2019).

Siguiendo a La Masotta (2019), en forma sintética se podría decir que en las primeras publicaciones sobre la práctica del Acompañamiento Terapéutico se plantea la construcción de una alternativa a la internación manicomial con la figura del “amigo calificado”, una protoimagen del A.T., que incluye una noción teórica de contención y cuidado denominada: “chaleco humano”. En relación a esto, Susana Kuras de Mauer (2009), plantea que el cambio de denominación, de amigo calificado a acompañante terapéutico, no fue un hecho trivial, sino que implicó un cambio en cuanto a la delimitación y alcances del rol. La nueva asignación surgió a partir de la experiencia clínica de las personas que comenzaban a trabajar en esa tarea. Cuando se empleaba la expresión ‘amigo calificado’, se acentuaba, como es evidente, el componente amistoso del vínculo; mientras que, al reemplazarlo por la denominación actual, se destaca lo terapéutico de este tipo de función asistencial. Esta nueva nomenclatura tiene, a su vez, la ventaja de encuadrar mejor la tarea y fortalecer el sentimiento interaccional del vínculo. La condición de ‘amigos’ implica, desde el punto de vista del vínculo, simetría de sus participantes y, desde el punto de vista tempo-espacial, una frecuentación no delimitada de antemano y librada a los deseos de los participantes. En cambio, el encuadre de trabajo del acompañante terapéutico es, desde el punto de vista vincular, asimétrico. El AT no es un amigo, aunque pueda establecer lazos afectivos muy fuertes con el paciente. Forma parte de un equipo psicoterapéutico, realiza una tarea asistencial y además es remunerado por su trabajo. Lo expuesto hasta aquí muestra no solo las ventajas del cambio de denominación, sino también evidencia las desventajas que puede acarrear la tentación de presentarse frente al paciente como un amigo más, para allanar las dificultades que, inevitablemente, aparecen en el establecimiento de todo vínculo terapéutico. Lo que en un principio se perfila como un componente que propende facilitar el vínculo, se torna, luego, un elemento distorsionador del proceso terapéutico. Puede incluso conducir a la interrupción del mismo. Se cree que cuando el acompañante terapéutico, ya sea consciente o inconscientemente, da lugar a que se borren las diferencias mutuas, genera un tipo de vínculo ilusorio, con alto grado de ambigüedad, que a la larga o a la corta, resiente el trabajo. Consecuentemente, lo que aquí conviene poner en juego es la habilidad personal necesaria para poder establecer un buen vínculo con el paciente desde el posicionamiento que se tiene y desde el lugar que realmente se ocupa y no desde el lugar en el cual el paciente desea situarnos.

Retomando a La Masotta (2019), se puede precisar un primer momento en la historia de esta práctica, donde la cuestión humanitaria radica en sustituir el proceso de la internación manicomial. Un segundo tiempo de esta práctica, sin dudas se encuentra ligado a la pregunta por la clínica en aquellas situaciones que desbordan las herramientas, la oferta de trabajo, que producen los equipos. Sin dudas la tensión de este segundo momento subyace a la oposición producida entre la posibilidad de inclusión del A.T. en un Equipo de Trabajo acorde a los procesos de interdisciplina que promueve la Ley 26.657, y la vertiente que acentúa su condición de mero auxiliar de una estrategia que lo precede. Para que el A.T. pueda incluirse en el equipo de trabajo, pudiendo leer y

retrabajar los efectos de su práctica, se requiere a su vez de una formación que no se

5

reduzca a la enseñanza de una técnica, fundamentos que orienten y permitan la construcción de un estilo de trabajo. La intervención del A.T. debe poder ordenarse a partir de la lectura y problematización que de una situación singular y desde la especificidad y disponibilidad de su estar clínico, puede efectuarse como aporte al trabajo interdisciplinario. Bajo esta perspectiva es posible pensar un tercer momento de esta práctica, ligado entonces a la participación de Acompañantes Terapéuticos desde la composición misma de un equipo de trabajo, o incluso como promotor de la misma. Pensar la práctica del A.T. en relación a la construcción y fortalecimiento de redes vinculares con base comunitaria, intersectorial e interdisciplinaria, permite realizar una puesta en valor del hacer privilegiado que le corresponde por sus condiciones, por cuanto opera en el sentido mismo de la construcción de proximidad-accesibilidad entre el usuario y el nivel de atención pertinente, del mismo modo en que en muchas ocasiones genera las bases mismas para la construcción de una posibilidad de un tratamiento.

El Acompañamiento Terapéutico es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico y social, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el ámbito de la Salud Mental en el tratamiento de pacientes severamente perturbados, con derechos vulnerados, en situaciones de crisis, en casos recurrentemente problemáticos o no abordables por las estrategias clásicas. Se desempeña especialmente en forma ambulatoria, para sostener un proyecto terapéutico se vale de la cotidianeidad. Complementa la tarea del equipo terapéutico. Es un auxiliar. El acompañamiento ayuda a superar las limitaciones de los tratamientos en consultorio, es una alternativa a la internación y en ocasiones la evita.

En palabras de Susana Kuras de Mauer (2009), se entiende a la figura del acompañante terapéutico como la de quien, en el marco de una estrategia clínica, viene a ocupar, ante el paciente, el sitio de alguien y de algo que faltó. Hay una ausencia que el acompañante soporta y a la que ayuda a reconfigurar y a transformar en materia de trabajo. Por lo tanto, el acompañante terapéutico entra a la vida de un paciente a raíz de los vínculos fracasados, trancos o inconclusos, que dieron vida y despliegue al padecimiento. De esa demanda nunca satisfecha, de esas funciones que nunca tuvieron lugar, habla la patología del paciente. En el laberinto de su agonía busca abrirse camino, debidamente asesorado, el acompañante terapéutico. El psicoanálisis le brinda un marco teórico al acompañante terapéutico, en el cual, el AT mediante su formación, puede apoyarse y desarrollar sus funciones y competencias. Es en la clínica del desvalimiento donde se ejerce el acompañamiento terapéutico. La inserción del AT constituye, tanto un recurso técnico-clínico como un posicionamiento ético frente al sufrimiento psíquico, entendiendo por sufrimiento a la reacción del sujeto ante el padecimiento. Es el destino interpretativo que se le da al dolor. En el sufrimiento, el dolor no desaparece, pero el sujeto puede operar con él, es un hacedor de su conflicto, con el que busca entablar un vínculo creador. Se trata de saber-poder-hacer algo con lo que el síntoma hizo de él. Solo así el síntoma perderá fijeza, aunque persista como tal. La relación del sujeto con el síntoma es lo que posibilitará orientar un diagnóstico.

Crisis accidental y acompañante terapéutico.

En una época signada por la pérdida de referentes y la precariedad de las redes de sostén, el AT se propone como un otro, un testigo que aloja, un prójimo cercano que promueve a partir de un vínculo no anónimo la autonomía, la creatividad, la disposición al cambio. El acompañamiento como experiencia intersubjetiva es un devenir en movimiento

y en interacción con otro. Los acompañantes terapéuticos se convierten en pilares de apoyo en momentos de adversidad, brindando no solo orientación emocional sino también herramientas cruciales para la reconstrucción de la estabilidad psicológica. Al acompañar, se crea en el vínculo con el paciente, un espacio transicional, un espacio entre la desolación y la esperanza, entre la desconexión y la pertenencia, entre el pensar

6

y el hacer. Entre el silencio estratégico y la palabra orientadora, discurre la experiencia de acompañar. A lo largo de los últimos treinta años, los alcances y las aplicaciones del rol del Acompañante Terapéutico han crecido enormemente. Originado en una necesidad clínica de pacientes severamente perturbados. Por lo tanto, se puede ver la figura del AT en el tratamiento de la neurosis, de las psicosis, en los diferentes dispositivos del hospital, entre otros.

Blanca Nuñez (1991), diferencia lo que son las crisis evolutivas, de las crisis accidentales. En función de las primeras plantea que están esencialmente vinculadas a cambios referidos al proceso de crecimiento de una familia: el primer embarazo, el nacimiento de los hijos, la entrada del hijo a la escuela primaria, la adolescencia, entre otros, siendo cada uno de estos periodos los que le exige a la familia una reacomodación indispensable para poder continuar funcionando. En cambio, las situaciones de crisis accidentales tienen las mismas características, pero a ellas se suma el carácter urgente e imprevisto que suelen presentar, siendo algo esencial en estos casos la desproporción del estímulo en relación con las posibilidades de elaboración de la familia. Por lo tanto, aquí interesa, precisamente, abordar la figura del acompañante terapéutico en la medida en que desempeña un papel fundamental en el proceso de elaboración del duelo de pacientes que han experimentado crisis accidentales y sus familiares ya que estos acontecimientos repentinos dejan una profunda huella en quienes los experimentan. En este contexto, es esencial explorar y comprender el impacto de estas crisis accidentales en el bienestar emocional y psicológico de las personas.

Ante la misma, la persona y su entorno no pueden sentir otra cosa que no sea la sensación de que algo injusto acaba de producirse, algo que les hace sentir impotencia, incredulidad, frustración y rabia. Surgen interrogantes tales como, ¿Qué hacer frente a lo desconocido? Es una de las experiencias de la vida más desconcertantes que hay. Algunas veces se dirá que estas experiencias conducen al espanto de quienes la viven (Lafond y Joannette, 1996). Estas crisis pueden provocar cambios en el individuo que la padece, lo que lleva a preguntarse si ésta sigue siendo la misma persona que era antes ya que el impacto de los cambios es tan importante que se constituye en el elemento sobresaliente tanto en lo cotidiano como en el tratamiento de la persona. Importa, entonces, prestarle a este aspecto toda la atención que merece, teniendo en cuenta el impacto que produce en la calidad de vida de las personas aquejadas y en el pronóstico de los tratamientos, además del gran impacto que suelen generar acarreado consecuencias emocionales, cognitivas, sociales, afectivas, siendo el mundo incluso el que se vuelve pobre y vacío tanto para el paciente como para la familia.

Duelo.

La crisis accidental, que atraviesa el paciente, y por lo tanto también la familia, implican una pérdida, un duelo, que deberán afrontar para hacer posible la aceptación de lo irreparable de la pérdida y lograr conectarse con esa nueva realidad (Blanca Nuñez, 1991). Se trata de un duelo que deben afrontar por la persona que eran ellos antes de la crisis, porque ese evento cambia su percepción del mundo y de los demás, aparece la culpa, el miedo, y su vida se modifica. Este trabajo de recuperación, será más o menos complicado y lento en función de la gravedad del caso. Por eso, es importante destacar

que el trabajo de duelo es un proceso intrapsíquico mediante el cual el sujeto logra desprenderse progresivamente del objeto perdido. El concepto de trabajo de duelo se relaciona con el de elaboración psíquica, es decir, la necesidad del aparato psíquico de ligar las impresiones traumatizantes (Laplanche y Pontalis, 2004). En palabras de Pura Cancina (1992), el trabajo de duelo se define como un proceso de desprendimiento y renuncia. Una vez que se haya renunciado a todo lo perdido se habrá agotado por sí mismo y la libido quedará nuevamente en libertad de sustituir los objetos perdidos por otros nuevos, posiblemente tanto más valiosos que aquellos. Freud (1979), en *Duelo y Melancolía* define al duelo como una reacción frente a la pérdida, la que puede referirse

7

tanto a una persona amada o a una abstracción de igual importancia para el sujeto. En este escrito habla del duelo, pero comparándolo al concepto de melancolía. Freud considera que ambos estados coinciden en sus causas y en el modo de manifestarse, aunque enfatiza que la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. Este cuadro se aproxima a nuestra comprensión si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí. (Freud, 1979). Señala que el duelo por la pérdida de una persona amada conlleva dolor, pérdida de interés en todas las situaciones que no recuerden al objeto perdido, la imposibilidad de escoger un nuevo objeto de amor, se diría en reemplazo del perdido. Considera que si bien el duelo presenta importantes desviaciones de la conducta habitual del doliente no es un estado patológico ni sería necesario realizar un tratamiento por considerar que pasado un lapso de tiempo se lo superará, evaluando como inoportuno y dañino perturbarlo. El duelo, por doloroso que pueda ser, expira de manera espontánea. Se reconoce una inhibición y angostamiento del yo que reflejan una entrega total al duelo que no deja lugar a otros intereses. Pura Cancina (1992) menciona que el trabajo de duelo es muy doloroso. El mismo es explicado por Freud como un examen de realidad donde se constata que el objeto de amor ya no existe y de él emerge un estímulo a retirar la libido de ese objeto para su posterior colocación en otro objeto. Esta no es tarea fácil ya que señala que el hombre no abandona con gusto una posición libidinal aún con la cercanía de un sustituto. Este trabajo de duelo, que consiste en que cada uno de los recuerdos y expectativas en que la libido se anudaba al objeto sean clausurados, sobreinvertidos y en ello pueda consumarse el desasimiento de la libido, se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura (Freud, 1979). El duelo revela ser esa labor en la que uno a uno van disolviéndose los diferentes lazos que ataban a la libido con el objeto, trabajo que una vez cumplido deja al yo libre y sin inhibiciones (Pura Cancina, 1992). Puede ser que no se pueda precisar lo que se perdió, no tener conciencia clara de lo perdido "(...) él sabe a quién perdió, pero no qué perdió en él" (Freud, 1979, p.243). Esto relaciona de cierto modo la melancolía a una pérdida fuera de la conciencia, mientras que en el duelo no hay nada inconsciente en cuanto a la pérdida. En el melancólico se da un gran empobrecimiento del yo. En el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío; en el melancólico eso le ocurre al yo mismo (Freud, 1979). El paciente, en este caso, ve a su yo indigno y moralmente despreciable, se hace reproches y espera ser castigado. Perdió el respeto por sí mismo, puede decirse que más que una pérdida en el objeto sufrió una pérdida en su yo, es decir, ante la pérdida del objeto, el yo, en lugar de iniciar el proceso que lleva al retiro de la carga del objeto y su sustitución por un objeto nuevo, nos encontramos con que la carga de objeto demostró ser poco resistente y quedó abandonada, pero la libido, en lugar de ir a cargar otro objeto, retornó al yo. El yo se ha identificado con el objeto abandonado (Pura Cancina, 1992). Freud, por lo tanto, toma al

duelo como un trabajo de acomodación a la realidad aceptando la pérdida y la posibilidad de sustitución del objeto perdido. En su variable patológica aparecen la melancolía y la depresión, cuando aparece la ambivalencia del doliente, debido a un fuerte compromiso de éste con la muerte, el objeto se vuelve “perseguidor” y la identificación con él, hace lo patológico. Estimando la transformación del sujeto y la recreación del objeto perdido, no habría “un duelo” sino que cada doliente hará “su duelo” y este será según vivió su relación con el objeto perdido.

De este modo, el fenómeno del duelo es complejo, la familia debe hacer el duelo por el ser querido, o al menos por un ser querido como lo era anteriormente (Lafond y Joannette, 1996). Por ello, entre las situaciones de riesgo para el sistema familiar se encuentra aquella en la que el nivel de desorganización, que deja toda crisis accidental, alcance un nivel tan profundo que el paciente y la familia queden sumergidos en el mismo. Por lo tanto, Blanca Núñez (1991), postula que el duelo debe atravesar distintas

8

etapas para lograr elaborar la situación de crisis. Etapas de las cuales cada uno de los miembros del grupo familiar va a atravesar de diferentes maneras, no habiendo incluso sincronía entre ellos.

Las fases son las siguientes:

1) Etapa de shock, conmoción: que se da como respuesta ante la crisis accidental misma. Aparece expresada en manifestaciones como las siguientes: *Fue un golpe terrible; es como si me hubieran dado un mazazo en la cabeza; es como el fin del mundo*. Esta situación de conmoción está teñida de un estado general de embotamiento, como estar viviendo una situación de irrealidad.

2) Etapa de negación: implica percibir, aunque sea en forma episódica, la realidad de la pérdida, pero acompañada de un intento de no admitirla. Se expresa por: *no puede ser; no puedo creerlo*. Esta actitud se caracteriza por sentimientos de anhelo y búsqueda del hijo sano, una esperanza de que todo ha de arreglarse.

Es un periodo en que los padres sobre todo pueden comenzar una serie de peregrinaciones por distintos especialistas, buscando una solución, incluso puede haber un retorno a prácticas religiosas, con el mismo objetivo. En esta fase de búsqueda de lo perdido aparecen accesos de cólera que pueden volverse contra Dios que les falló, contra el destino, contra sí mismos. Blanca Núñez (1991), hace referencia a Bowlby, quien plantea que la búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la tristeza, la rabia y la ingratitud son rasgos de estas fases del duelo y deben entenderse como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida.

Estas primeras dos fases corresponden a un periodo de desorganización del grupo familiar, en el cual se rompe la estructura de funcionamiento que había imperado hasta entonces. Es pertinente destacar que una etapa de desorganización inicial con un desborde emocional forma parte de una respuesta sana. Alerta se debería estar si este periodo de desorganización parece no darse y el grupo muestra una conducta de reorganización rápida y eficaz ante la situación como si no hubiera sucedido nada.

3) Etapa de recuperación, equilibrio: se caracteriza por una atenuación gradual de las intensas reacciones emocionales que distinguieron las etapas anteriores. Se llega a un lento reconocimiento y aceptación de lo irreparable de la pérdida.

4) Etapa de reorganización: implica una renuncia a la esperanza de recuperar lo perdido y una actitud de aceptación de esa nueva realidad con sus posibilidades y limitaciones. Hay una redefinición de la situación, de los roles familiares, de las reglas que gobiernan la conducta de los miembros de la familia.

Son múltiples los factores que inciden en el modo en el que se van a atravesar estas fases, entre ellos, va a incidir, el modo de resolución de duelos anteriores, el momento del ciclo vital que está atravesando la familia, el lugar asignado al paciente, la personalidad y las características de cada uno de los miembros de la familia, la posibilidad de la familia de contar con sostenimiento del entorno, el nivel socioeconómico, las características de la crisis y sus secuelas, la modalidad en que el equipo asistencial encare la atención de la familia en crisis, entre otras. Sin embargo, una buena resolución del proceso de duelo conduce a una reorganización adaptativa del grupo familiar, lo que significa una familia unida, elaboración de proyectos de la familia como grupo y de cada uno de sus miembros, el mantenimiento de interacciones fluidas con el entorno.

Estas crisis accidentales suelen generar un gran impacto acarreando consecuencias emocionales, cognitivas, sociales, afectivas, siendo el mundo incluso el que se vuelve pobre y vacío tanto para el paciente como para la familia. La personalidad del individuo juega un rol determinante, ya que el mismo tiende a acomodar su nueva realidad o a adaptarse a ella, utilizando modalidades de comportamiento anteriores, aunque también se pueden observar cambios radicales a nivel de su personalidad. Sin

9

embargo, es la percepción que la persona tiene de sus límites y la significación que le otorga a los mismos lo que determina la naturaleza de sus reacciones emotivas, siendo determinante el contexto de vida en el momento en que apareció la crisis accidental. Estas reacciones psicológicas suelen aparecer a medida que la persona toma conciencia de la naturaleza y gravedad de la lesión. Ya que el hecho de tomar conciencia de las limitaciones puede provocarle una reacción de desaliento (Lafond y Joannette, 1996). Existen, por lo tanto, una serie de reacciones psicológicas y comportamientos, descritos por Lafond y Joannette (1996) que pueden entenderse también como actitudes de adaptación o respuestas defensivas frente a la pérdida. Entre ellas:

- *Ansiedad*, que se expresa a través del miedo a morir o no entender lo que les ocurre, en la medida en que tienen que hacerle frente a la situación más difícil de su vida y deben afrontarla con medios limitados. Están enfrentados incluso al miedo ante lo desconocido, a un porvenir incierto, al temor a no ser más como antes y al riesgo de perder a las personas queridas.

- *Negación*, que se caracteriza por la negación o rechazo a tomar conciencia de sus límites, lo cual le permite a la persona ganar tiempo y adaptarse a su nueva realidad, gradualmente; puede representar incluso una protección contra la depresión.

- *Regresión*, que concierne a una vuelta a comportamientos primarios.

- *Egocentrismo e infantilismo*, dando prioridad a las necesidades de base.

- *Daño a la autoestima*, en la medida en que la persona se siente herida en lo más profundo de sí misma. Puede suceder que pierda el sentido de identidad. Puede estar imposibilitado para cumplir sus roles familiares o sociales de la manera en que lo hacía anteriormente.

- *Soledad y aislamiento*, la disminución de la autoestima y las limitaciones que el paciente pueda presentar lo conducen al aislamiento social por temor a ser rechazados por el entorno.

- *Labilidad de las emociones*, pasar con rapidez de un estado emotivo a otro.

- *Agresividad*, estas personas pueden volverse agresivas como consecuencia de su débil tolerancia a la frustración y le conceden a la agresividad una forma de controlar el medio que les rodea y también una forma de afirmarse.

- *Vergüenza y culpa*, son personas que tienden a sentir vergüenza por ver en lo que se han transformado, se ven disminuidos en su dignidad. -
- *Dependencia y pasividad*, a veces las limitaciones son tales que la persona no puede hacer otra cosa que depender de su medio.
- *Desinhibición*, el paciente puede conducirse de manera incorrecta y transgredir normas sociales por su desprejuicio o falta de control.

Para evitar estas sensaciones, es vital el apoyo de la familia. Lejos de evitar hablar del suceso por miedo a hundirla, el sistema familiar ha de ayudar a que la persona pueda expresar el dolor, la rabia. Además, este trabajo de expresar, metabolizar y digerir lo sucedido es más fácil también con ayuda especializada, porque estas personas también tienen derecho a ser cuidadas y legitimar su sufrimiento. Es por esto que resulta pertinente abordar, en el proceso de duelo, las intervenciones del acompañante terapéutico, para que ese duelo pueda seguir sus fases normales y no se convierta en patológico, o incluso en una melancolía y de ese modo sea el yo el que se vuelva pobre y vacío. De ahí la relevancia que cobra la función de sostén del acompañante terapéutico, del equipo asistencial e incluso del entorno de la familia que ayudaran a que encuentren recursos para afrontar la situación.

10

Rol del acompañante terapéutico.

El rol del acompañante terapéutico se diferencia del rol del analista, principalmente en relación a:

- La palabra: El AT tiene la libertad en el uso de la palabra: al no estar la misma en la lógica de una relación transferencial, le está permitido prestarse al diálogo al “palabrerío cotidiano”. Semblante de semejante. El AT tiene una limitación en el uso de la palabra: No interpreta, no realiza silencios ni puntuaciones.
- La escucha: La forma de escuchar del AT no está en el lugar de la atención flotante, no invita al paciente a la asociación libre.
- La transferencia: Si bien pueden darse efectos transferenciales (en términos de lo afectivo, de la admiración, etc.), el AT no promueve ni utiliza ni instrumenta la transferencia en el sentido de la dirección que se le da en un tratamiento.

Un acompañante terapéutico es un profesional de la salud mental que trabaja junto a individuos que enfrentan desafíos emocionales, mentales o de salud. Su función principal es brindar apoyo, contención y asistencia en la vida cotidiana de la persona para mejorar su bienestar psicológico y emocional. Su rol es variado y depende en gran medida de las necesidades específicas del individuo al que están brindando apoyo. El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico es una alternativa eficaz para rescatar subjetividades y trayectos individuales y promover el lazo social. No se trata de respuestas estandarizadas (enfoque psiquiátrico), se deben crear dispositivos que tengan en cuenta la singularidad, el caso por caso (enfoque psicoanalítico). El papel del acompañante terapéutico, que es quien asiste al paciente en crisis cumpliendo una función terapéutica para el abordaje de distintas patologías (Susana Kuras de Mauer, 2009), viene a ocupar un lugar de reencuentro y vehiculización para que en el trascurso del proceso el deseo tenga un espacio, intentando que algo de sus deseos perdidos, a raíz de este cambio radical, pueda re-existir, como así también se habilite la aparición de nuevos. El acompañante terapéutico no es quien satisface la necesidad del enfermo, sino que es quien está vinculado con la escucha de quién fue, quién es, qué siente, qué

piensa, qué pasa con sus ganas o no de hacer, qué podría hacer y cómo (Galli y Sartor, 2014). Escucha la palabra del usuario reconociéndolo como sujeto y no como objeto de las intervenciones de salud. Se necesita dar tiempo y lugar para que esas lenguas enmudecidas hablen. Para que nombren lo que hacen, para que cuenten que les pasa. Para que se autoricen a balbucear, a susurrar timideces, a vociferar rabias. Para que digan lo que saben, lo que no saben, lo que no consienten. Se trata de pensar estrategias novedosas para que el otro que padece no se quede sin palabras para poder expresar su sufrimiento (Fernando Ceballos, 2022). Por lo tanto, el acompañamiento aparece relacionado justamente a que algo del sujeto empiece a emerger.

Desde el acompañamiento terapéutico como posicionamiento ético frente el sufrimiento psíquico se insiste en seguir una dirección: la del reencuentro clínico con la subjetividad. Por lo tanto, entre las principales funciones del acompañante terapéutico, Susana Kuras de Mauer (2009), resalta las siguientes:

- Contener al paciente: ya que el acompañante contiene, se ofrece como sostén, como auxiliar del paciente, lo acompaña y ampara en su desvalimiento, su angustia, sus miedos, su desesperanza e incluso en aquellos momentos de mayor equilibrio.

- Ofrecerse como referente: el acompañante terapéutico intenta y muestra al paciente modos diferentes de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana.

- Ayuda a reinvestir: el acompañante terapéutico se ofrece a la manera de un “organizador psíquico” capaz de intervenir y decidir por el paciente en aquellos órdenes donde este no es aun capaz de hacerlo por sí mismo por estar comprometido y debilitado por la crisis.

11

- Apoyo en la toma de decisiones: colaborar con el paciente y la familia en la toma de decisiones relacionadas con la atención médica, terapias y cambios en el estilo de vida. Proporcionar información objetiva y apoyo emocional para facilitar decisiones informadas.

- Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente: ayudará a desarrollar las capacidades manifiestas y latentes del paciente. Alentará el desarrollo de las áreas más organizadas de su personalidad. Y se lo ayudará a reencontrarse con la realidad.

- Promover la autonomía: trabajar hacia la independencia y la autonomía del paciente dentro de las limitaciones impuestas por la crisis. Fomentar la participación activa del paciente en su proceso de recuperación.

- Aportar una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente: al establecer un contacto cotidiano con el paciente, el acompañante terapéutico dispondrá de información ampliada sobre su modo de discurrir en ámbitos diversos, lo cual permitirá alcanzar una mirada integral del paciente y servirá como indicador diagnóstico y pronóstico.

- Habilitar un espacio para pensar: no formula interpretaciones de formaciones inconscientes de su paciente, pero en muchos sentidos resulta ser su intérprete. El espacio discursivo que se habilita en el vínculo ensancha las fronteras del intercambio comunicativo del paciente. Se legitima así un ámbito más de procesamiento y metabolización.

- Orientar en el espacio social: el paciente perturbado psíquicamente se encuentra perdido en un espacio social que no domina. Sufre una importante desconexión del mundo que lo rodea. En la medida en que el tratamiento lo permita, el acompañante tendrá por función paliar esta distancia facilitándole el reencuentro, en forma paulatina y dosificada, con algo de lo que perdió.

- Intervenir en la trama familiar: el acompañante terapéutico puede

contribuir, además, a descomprimir y a amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia.

La acción específica del acompañante terapéutico supone leer lo que le pasa a otro, en este caso la necesidad de su paciente, para ayudarlo a aliviar la tensión y el sufrimiento que trae aparejada la carencia. El acompañante terapéutico se implicará en el mundo del paciente, escuchándolo sin miedo, sin emitir juicios valorativos, sin apresurarse a indicar si lo que dice se corresponde o no con la realidad y sin interpretar. Deberá, a la vez, situarse a una distancia prudencial para poder pensar con autonomía. El encuadre de trabajo del acompañante terapéutico será, desde el punto de vista vincular, asimétrico. Él no será un amigo, aunque pueda establecer lazos afectivos muy fuertes con el paciente. Desde que el acompañante terapéutico comienza con su tarea, trabajará con la idea de abordar a los pacientes en diferentes aspectos de su vida diaria, intentando crearles un medio ambiente terapéutico. La capacidad de empatía será imprescindible para el desempeño adecuado de esta tarea ya que el paciente es alguien desbordado por la dolencia psíquica que lo aqueja. Para contener al paciente, el acompañante necesitará reconocer su alteridad. El acompañante terapéutico asistirá al paciente en crisis desde la fase diagnóstica o a través de todo el proceso terapéutico, pero su labor no se cumplirá en forma aislada, sino que siempre estará inscripta en el seno de un equipo.

Trabajo interdisciplinario.

La Masotta (2019) plantea que para que el Acompañante Terapéutico pueda incluirse en el equipo de trabajo, pudiendo leer y retrabajar los efectos de su práctica, se requiere a su vez de una formación que no se reduzca a la enseñanza de una técnica, fundamentos que orienten y permitan la construcción de un estilo de trabajo. Resulta por

12

ello fundamental retomar este tiempo desde la perspectiva del Equipo Interdisciplinario que plantea la ley 26.657 en sus artículos 8 y 9. Allí se establece que: “Debe promoverse que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores con la debida acreditación de la autoridad competente...” “El proceso de Atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.

A raíz de la complejidad que presenta cada caso, resulta pertinente destacar, por lo tanto, la necesidad del acompañante terapéutico de contar con un equipo interdisciplinario, en la medida en que la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlos, ya que los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner, 1987), para de este modo poder orientar integralmente al paciente y a su familia. En la medida en que el profesional no solo recibirá a un paciente grave en crisis, sino también a una familia que está en crisis, por eso la necesidad de un abordaje múltiple, en relación al múltiple sujeto y desde las múltiples formas de abordarlo (Susana Kuras de Mauer, 2009).

El equipo interdisciplinario establece una estrategia de tratamiento y la función del AT y la táctica a utilizar se va delineando en relación a ésta y la particularidad del caso, de cada subjetividad. Por lo tanto, la necesidad de que el acompañante terapéutico asista al paciente en crisis dentro de un equipo se fundamenta en la complejidad de las

situaciones que involucran crisis, especialmente en el ámbito de la salud mental. Algunas de las razones claves que destacan la importancia de la colaboración dentro de un equipo interdisciplinario son:

- Complejidad de los Casos: Las situaciones de crisis a menudo son complejas y multifacéticas, involucrando aspectos psicológicos, sociales, médicos y emocionales. Un solo profesional puede no abordar de manera efectiva todos estos aspectos.

- Interdisciplinariedad: La interdisciplinariedad es esencial para comprender y abordar la totalidad de la experiencia del paciente en crisis. Diferentes profesionales aportan perspectivas únicas y habilidades complementarias que enriquecen el proceso terapéutico.

- Enfoque Holístico: La salud mental y emocional no se limita a la intervención de un solo profesional. Un equipo interdisciplinario puede abordar la salud mental desde una perspectiva holística, considerando factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

- Diversidad de Necesidades: Los pacientes en crisis pueden tener una variedad de necesidades, que van desde la atención médica hasta el apoyo emocional y psicológico. Un equipo interdisciplinario puede adaptarse mejor a estas diversas necesidades.

- Enfoque Personalizado: Cada paciente es único y responde de manera diferente a las intervenciones terapéuticas. Un equipo puede desarrollar estrategias personalizadas y flexibles para abordar las necesidades específicas de cada individuo.

- Gestión del Estrés: Las situaciones de crisis pueden ser estresantes tanto para el paciente como para los profesionales involucrados. La colaboración en equipo permite compartir la carga emocional y estratégica, evitando el agotamiento profesional y mejorando la calidad de la atención.

- Coordinación de Cuidados: Un equipo interdisciplinario facilita la coordinación efectiva de los cuidados. La comunicación constante entre los profesionales garantiza que todos estén al tanto de los avances y desafíos, permitiendo ajustes en el plan de tratamiento según sea necesario.

13

- Enfoque Preventivo: Trabajar en equipo no solo aborda las crisis actuales, sino que también puede ayudar a prevenir futuras crisis al abordar los factores subyacentes y proporcionar un apoyo continuo.

- Evaluación Integral: Diferentes profesionales pueden realizar evaluaciones integrales desde sus perspectivas específicas, lo que contribuye a una comprensión más completa de la situación del paciente y a la identificación de posibles factores desencadenantes.

- Aprovechamiento de Recursos: Un equipo interdisciplinario permite aprovechar una variedad de recursos y herramientas terapéuticas. Cada profesional aporta su experiencia, lo que enriquece el conjunto de habilidades disponibles para el tratamiento.

-

Trabajar en equipo implicará que las áreas de trabajo estén claramente diferenciadas. Los profesionales que trabajan en la readaptación saben qué difícil será, durante este periodo, motivar al paciente para que emplee todas sus energías para alcanzar un objetivo. En resumen, el acompañante terapéutico, al formar parte de un equipo interdisciplinario, contribuye significativamente al abordaje integral y efectivo de los pacientes en crisis. La colaboración permite adaptarse a la complejidad de cada caso y proporcionar un apoyo holístico que mejora la calidad de la atención y la recuperación

del paciente.

Acompañante terapéutico y familiares del paciente.

Atendiendo a las líneas de fractura, el acompañante se dispone a brindarse como semejante que opere como soporte. Soportar en el sentido de ofrecer una presencia implicada, comprometida con la dolencia del paciente (Susana Kuras de Mauer, 2009). Brindar soporte equivale a protagonizar, a comprometerse, a incidir. Soportar es compadecerse, acompañar al paciente en la trayectoria de su padecimiento mediante una presencia que matiza, y de esa manera altera tal padecer. Ante las familias, el acompañante terapéutico también actuará como sostén. Será una presencia terapéutica en tanto tenga función soporte. A veces hasta podrá colaborar en la fundación de un lugar allí donde no hubo o donde algo que había se rompió. El modo de estar presente, de ejercer la función soporte, de intervenir, dependerá de cada situación particular y del momento de evolución del paciente. En los modos diversos se juega la creatividad del acompañamiento. La clínica singular del caso por caso, rasgo inseparable del psicoanálisis, también cobra sentido en el campo del acompañamiento.

Estos pacientes deben permitirse conectar con las emociones desagradables que aparecen (negación, ira, envidia, tristeza) a diario, pero tener también un proyecto, una conexión vital. Muchos de ellos, además, suelen presentar sentimientos de culpa frente a lo que les ha sucedido. Esto da lugar a una consecuencia frecuente que es la dificultad para vincularse emocionalmente con otras personas ya que la culpa les hace sentir cierta vergüenza en su relación con los demás, piensan que les van a rechazar, o que provocarán algo catastrófico. Incluso familiares o allegados tienden a culparse por no haber previsto o evitado el accidente o enfermedad que desencadene la crisis accidental. Este sentimiento de culpa se acompaña de actitudes sobreprotectoras por lo que el paciente se vuelve más dependiente, y como las actividades sociales van disminuyéndose, solo quedan el núcleo familiar y uno o dos amigos. Por eso, el acompañante terapéutico contribuye a alimentar la incorporación y puesta en práctica de recursos indispensables para atenuar y superar el aislamiento afectivo y social padecido por el paciente (Susana Kuras de Mauer, 2009). Si bien la culpa es la emoción más difícil de elaborar y de metabolizar y en estos casos está muy presente, incluso cuando es irracional, es decir, cuando no se ha hecho nada para causar la crisis, la clave es trabajar para asumir lo ocurrido y generar un aprendizaje en lugar de sentimiento de culpa.

14

Lafond y Joannette (1996) plantean el término adaptación anteponiéndose al de aceptación, ya que la primera implica más actividad que pasividad, resaltando que el individuo en duelo es aquel que se adapta a la pérdida y encuentra nuevas maneras de satisfacer sus necesidades y de desarrollar la capacidad de definirse como un nuevo individuo. Por lo tanto, cuando este proceso de readaptación está en curso, se descubre que existen otras fuentes de satisfacción en sus vidas, como, por ejemplo, explorar lo que los rodea, interesarse en cosas nuevas, elegir los comportamientos que ofrecen más placer durante el día, organizar el tiempo, experimentar sus sentidos, descubrir la naturaleza, disfrutar de la música, un espectáculo o aun gozar de la presencia de un animal o persona amada (Lafond y Joannette, 1996). Ya que lo que no se puede recuperar, podrá ser suplido. El término y la idea de sustituto es introducida tempranamente por Freud. Se trata del requisito de que la satisfacción imposible sea suplantada por una posible. Esto solo se logra por vía de lo simbólico. Desplazamiento y condensación son las operaciones por las que el goce se sostiene de la sustitución, mediada por lo simbólico (Pura Cancina, 1992).

Retomando a Lafond y Joannette (1996), por el rol positivo que puede tener en la recuperación será importante que el equipo terapéutico le dé un lugar activo y preponderante a la familia en el proceso de adaptación del paciente, ya que la función de sostén que cumple la familia está asociada a otra más específica que es la de agente terapéutico, es decir, la familia se convierte en ayudante terapéutico haciendo más eficaces los esfuerzos terapéuticos y acortando el tiempo del tratamiento, facilitando los procesos de generalización y ayudando a conseguir cambios permanentes, ya que el progreso está condicionado por el mantenimiento del contacto social y por las actitudes positivas y estimulantes que manifiesta su entorno. La colaboración y el compromiso de la familia son cruciales para la continuidad y eficacia del tratamiento (Susana Kuras de Mauer, 2009). Por lo tanto, sostener a estas familias será una tarea de todos, no solamente de los profesionales, y necesaria para que a su vez ellas puedan apoyar y sostener el desarrollo emocional y psíquico del familiar que ha sufrido la crisis accidental (Blanca Núñez, 2003).

CONCLUSIÓN.

En conclusión, el rol del acompañante terapéutico en pacientes que han sufrido crisis accidentales y sus familiares es fundamental para abordar la complejidad emocional y psicológica que surge ante eventos traumáticos e inesperados. La crisis accidental, caracterizada por su urgencia e imprevisibilidad, genera desorganización familiar y afecta el funcionamiento previo del grupo. La sensación de injusticia, impotencia, incredulidad, frustración y rabia que experimentan tanto el paciente como su entorno demanda un proceso de duelo para aceptar la irreparabilidad de la pérdida y conectarse con una nueva realidad. Duelo necesario para no quedar sumergidos en lo irreparable de la pérdida. Por eso, desde la perspectiva freudiana, el duelo se concibe como un trabajo de acomodación a la realidad, con la posibilidad de sustituir el objeto perdido. Sin embargo, en su forma patológica, la ambivalencia del doliente puede conducir a la melancolía y la

depresión. Cada individuo experimenta el duelo de manera única. La familia, al hacer el duelo por el ser querido, enfrenta distintas etapas de manera asincrónica, y la profundidad de la desorganización generada por la crisis puede sumergir tanto al paciente como a la familia. En este contexto, el acompañante terapéutico, que es quien asiste al paciente en crisis cumpliendo una función terapéutica para el abordaje de distintas patologías, emerge como un actor crucial, brindando apoyo terapéutico al paciente en crisis, pero también reconociendo la necesidad de contar con un equipo que pueda orientar integralmente al paciente y su familia, ya que la complejidad de cada caso resalta la necesidad de un enfoque interdisciplinario, reconociendo la incontrolable indisciplina de los problemas que se presentan y la dificultad de encasillarlos en categorías predefinidas.

La perspectiva fenomenológica destaca la importancia de centrarse en el sujeto concreto, reconociendo su singularidad y contexto. Pensar historias singulares de vida, el recorrido singular de sus actores, permite correrse de un "destino trazado" pudiendo reconocer no sólo los acontecimientos traumáticos sino también las potencialidades disponibles en los distintos momentos. Incluye también la lectura singular que la persona hace de sus dificultades y sus posibilidades, su capacidad de decisión. A partir de lo planeado, resulta pertinente traer como conclusión algunos de los aportes planteados por Gastón Wagner de Sousa Campos (1996-1997) en un artículo dedicado a Franco Basaglia. En el mismo plantea que la propuesta de Basaglia, que coloca al enfermo como sujeto concreto en el centro de la atención clínica, insta a repensar las políticas y prácticas en salud. La idea de "invención de la salud" y "reproducción social del paciente" destaca la importancia de reconocer al paciente como una persona con derechos y prepararlo para hacer valer esos derechos en la construcción de un mundo mejor. La perspectiva fenomenológica propuesta implica un cambio en el enfoque clínico, desplazando el énfasis de la enfermedad al sujeto concreto y su contexto. Esta nueva dialéctica entre el sujeto y la enfermedad busca una comprensión más holística de la experiencia del paciente y su proceso de recuperación.

En conclusión, la figura del acompañante terapéutico emerge como un puente esencial en el proceso de recuperación de pacientes y familias que han experimentado crisis accidentales, facilitando el reencuentro clínico con la subjetividad y promoviendo una aproximación integral y multidisciplinaria a la salud mental. Es decir, se trata de combatir el concepto de salud que descansa sobre la necesidad de darle a la enfermedad una 'solución' práctica y no una conciencia subjetiva personalizada. Se busca darle la palabra, restituirle un lugar a la subjetividad destituida. Ir hacia la construcción de la subjetividad supone darle un destino elaborativo al dolor. En eso consiste la especificidad del sufrimiento artesano que trabaja en la construcción de defensas más adecuadas. A través del sufrimiento se ira recuperando protagonismo subjetivo, no sin dolor, afectado, pero no destituido. Se encuentran expresiones clínicas de la subjetividad, más o menos patológicas en virtud del trabajo que el sujeto esté en condiciones de soportar. No se trata solo de hacer consciente lo inconsciente, de recuperar lo existente, sino de complejizar, de producir nuevas marcas, de construir lo que nunca estuvo. Desde esta perspectiva, el psicoanálisis no se limitará a levantar represiones, sino que también podrá ser una

16

herramienta para la construcción de lo no advenido. Resulta relevante la idea de un psiquismo abierto concibiendo a la subjetividad en un proceso de construcción permanente, con posibilidad de adquirir nuevas marcas. Las condiciones inaugurales no son determinantes en la medida en que queda habilitado el camino para la inclusión del azar y del acontecimiento. Pensar en modelos multidisciplinarios de abordaje en salud mental se torna necesario si queremos luchar contra una visión fragmentaria del hombre enfermo (Susana Kuras de Mauer, 2009).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ceballos, F (2022). La narrativa como desafío clínico. Revista Adynata. Freud, S (1979). Duelo y melancolía. Buenos Aires. Amorrortu.

Galli, M y Sartor, F (2014). Demencias. Problemática psicosocial. En Brigida G. Lara y Gloria Bereciartua (Comp.) Lenguaje. Una perspectiva interdisciplinaria. Escritos

- N°2. Buenos Aires. Lara, B.G.
- Kuras de Mauer, S (2009). Acompañantes terapéuticos: actualización teórico-clínica. Buenos Aires. Letra Viva.
- La Masotta (2019). La pregunta por la clínica en el Acompañamiento Terapéutico y los procesos de cuidado. Ficha de trabajo interno Diplomatura acompañante terapéutico y salud mental. Facultad de Psicología, UNR.
- Laplanche y Pontalis (2004). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires.
- Paidós. Nuñez, B (1991). El niño sordo y su familia. Buenos Aires. Troquel.
- Núñez, B (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Buenos aires. Artículo especial.
- Stolkiner, A (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Wagner de Sousa Campos, G (1996-1997). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Trabajo dedicado a Franco Basaglia.