

Título: Una mirada al Acompañamiento desde Winicott – El at suficientemente bueno

Modalidad: Trabajo Libre

Eje Temático: Teoría, técnica y ética del AT

En el proceso de formación en Acompañamiento Terapéutico, siempre es importante destacar la importancia del trabajo en equipo, la constante actualización teórica y la visualización del paciente como una persona que padece de una problemática, pero que esto no impide su condición de sujeto de derecho, como vienen planteándose en los nuevos paradigmas de Salud. Poder llevar esto a la práctica implica abrir una brecha enorme, donde nos vemos condicionados por conceptos, variables del entorno y un equipo donde poder aunar criterios implicara dejar de lado egos que entorpezcan la comunicación.

El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo; este término nos dice la Lic. Kuras “tanto en el empleo común como en el foucaultiano, parece referir a la disposición de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y de conseguir un efecto.”¹ ese efecto deseado en el paciente, es la base de la frustración del at, debido a que cuando nos planteamos los objetivos terapéuticos, se suele realizar una evaluación del avance del paciente, en función de los logros de los mismos, sin tomar en cuenta, que los objetivos sirven para el direccionamiento de un tratamiento. Es aquí donde comienza a surgir la gran interrogante ¿Qué es lo que estoy haciendo? En múltiples espacios de supervisión grupal, es una pregunta que surge verbalizada en diferentes formas, anudada a la sensación de que fracaso en la labor propuesta. Cuando volvemos a mirar con más detenimiento el caso a caso, hay algo que queda claro, se trabaja con personas, las variables son infinitas, no existe algo aplicable a todos, pero si se puede brindar a cada caso la mayor cantidad de estrategias, estímulos, esfuerzo y planificación, con el fin de lograr un cambio significativo para el paciente y un avance en su bienestar psicológico, aunque este avance no sea coincidente, con aquello que uno quiere para “su paciente”, ya que puede caer en el error de creer que ese sujeto es “suyo”, que el malestar que arrastra es en contra del at, que no escucha lo que se le dice y terminamos muchas veces renegando de su sintomatología, en vez de usarla para comprender el proceso en el cual se encuentra.

Uno de los casos más complejos en los cuales me toco intervenir, fue el de una paciente de 22 años de edad, que se encontraba embarazada, con tres meses de gestación, había ingresado al servicio de Internación de la Maternidad Provincial, debido a un intento de suicidio, con ingesta de lavandina y pastillas, autoagresiones deliberadas y amenaza de aborto intencional. La demanda del

¹ Revista Virtual Imago Agenda - Artículo “Acompañamiento terapéutico su valor como dispositivo”
<http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1491>

Acompañante, fue por parte de una tía, que era con quien compartía el terreno de la vivienda, y quien había tomado conciencia de la gravedad de la situación, ya que los padres y hermanos, creían que una vez que le “sacaran el bebe” ella estaría bien, había un discurso marcado sobre que el culpable de todo el malestar que presentaba la paciente, que en adelante llamaremos “D”, era producto de este embarazo accidental. Cuando se planteo el dispositivo de AT al equipo terapéutico, hubo una amplia aceptación. La Maternidad contaba con un variado grupo de profesionales, y el equipo de la paciente era conformado por Medico Clínico, Médico Psiquiatra, dos Psicólogas, Obstetra, Asistente Social, el servicio de Enfermería, pero solamente se trabajo el abordaje con las Psicólogas, una destinada a atender a la paciente, la otra destinada al abordaje familiar, y la asistente Social. Debido a que era externa la at a la institución, no podía realizar el registro en la Historia Clínica única, pero los informes presentados fueron anexados a la misma. “D” presentaba además un TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) una de los rituales mas marcados era el de bañarse solo los domingos, y ser reacia a otro tipo de higiene personal, lo cual era evidente a simple vista, y generaba mucho rechazo por parte del personal.

Cuando se pensó desde el equipo el trabajo del at, uno de los objetivos era lograr la conexión de la paciente, con su bebe y con su entorno, ya que presentaba total indiferencia por los otros y sus necesidades, en cierta ocasión falte debido a que sufrí un accidente, al siguiente encuentro, dispensándome por la ausencia, pide observar la falta de expresión o comprensión, solo un “bueno” y seguir en el mutismo clásico, con mirada ausente que la caracterizaba, de hecho en todo el acompañamiento nunca hubo una irrupción sobre averiguar algo referido a la vida personal, cuando quienes hacemos esta tarea, sabemos lo difícil que es mantener una distancia terapéutica y la vida personal, en privado, los pacientes suelen irrumpir queriendo conocer, o tener ese lugar de confianza y posicionamiento simétrico, como una forma de probar al otro.

Debido a las exigencias del caso, fue necesario configurarlo en un marco, delimitar bien aquello que buscaba desbordarse y es ahí, desde donde pudimos tomar algunos aspectos Winnicoteanos para considerar estrategias y abordajes.

El primer paso fue indagar en la historia familiar, debido a que “D” manifestaba tener muchos problemas en ese ambito, en especial con su madre. Lo que se pudo llegar a observar en la familia materna, era como la utilización de los hijos como un medio para conseguir algo y cuando cumplían el objetivo, ya no ocupaban un lugar preponderante. “D” no reconocía las necesidades de los demás, lo cual hacia difícil pensar en ella, haciéndose cargo de su hijo, pero ella también era ignorada y reducida a una condición de objeto por parte de su familia, transmitía lo que ella recibía. Winnicott “establece que el niño posee una tendencia innata al crecimiento y desarrollo; necesitando de los cuidados maternos o de un ambiente facilitador para ello”². En el establecimiento del

² “El desarrollo emocional primitivo” Psic. Alicia Parizzi

vinculo, era necesario brindar un ambiente que resulte contenedor, que pueda satisfacer las necesidades primordiales, que humanice y conecte con el exterior a la paciente, para a partir de ello poder conectarse con su bebe, poder ser ella quien le brinde a su futuro bebe ese ambiente facilitador. D. Winnicott en un trabajo leído en un Congreso nos dice que “Un ambiente facilitador debe tener calidad humana, no perfección mecánica; por eso (...) la frase "madre suficientemente buena" describe en forma adecuada lo que el niño necesita para que los procesos de crecimiento hereditarios se actualicen en su desarrollo”³

Este concepto de madre suficientemente buena, es algo que sirve para observar la función que desarrolla un acompañante, lejos de buscar ocupar un lugar de madre, esto lo puede hacer un at varón o mujer, ya que el sexo es indiferente, puesto que una función la realiza, quien tenga capacidad para ello.

“La madre suficientemente buena es la que sabe adaptarse a las necesidades del bebé. La forma de esa adaptación pasa por diferentes momentos, dentro del proceso que va de la dependencia, hacia la independencia.”⁴ En la tarea desarrollada dentro del acompañamiento, la adaptación a las necesidades de un paciente, por sobre aquello que uno cree que el paciente necesita, es parte de realizar una buena labor. En la generación del vínculo, posibilitamos una dependencia, en la cual apuntalamos al sujeto, para que dé a poco se independice del dispositivo. ¿Cuál es el objeto de esto? Es debido a que en la maduración de ese proceso, la persona adquirirá aquellos elementos que le sean necesarios para tolerar su propia realidad y en el logro de esa independencia, podrá dejar atrás elementos que le eran indeseables para su bienestar.

“D” en un primer momento solo podía visualizar dos opciones posibles, o morir o matar a ese bebe, que no le era útil, a medida que el acompañamiento avanza, pudo empezar a ver otras opciones saludables, una de ellas era dar en adopción al bebe, la cual era considerada por el equipo la más pertinente; también fue importante que le diera un nombre al bebe, ahora no era una cosa o un objeto, era una persona, alguien con nombre. El último trimestre del embarazo fue orientado a preparar a la paciente para lo que sería el proceso de adopción, y las implicancias legales presentes. Debido a que las conductas autoagresivas y la ideación suicida habían cedido se autorizaron las salidas fuera de la maternidad, con acompañamiento permanente de un familiar o del at. A pesar de que estos avances eran notorios, había una queja permanente por parte de la familia, que ahora quería que la paciente se quedara con el bebe, y la queja era dirigida al at, pues creían que no estaba haciendo lo suficiente, sin embargo esto podría ser entendido, como un ataque dirigido al vinculo generado, ya que ahora la paciente podía tomar sus decisiones a partir de sentirse acompañada, ya no era parte del discurso inicial familiar, ahora ella se veía a sí misma como individuo.

³ “Aprendizaje Infantil” 1968 D. Winnicott

⁴ Dossier Donald Winnicott 2° parte, Revista Contexto Psicológico, Lic. Graciela Elisa Vergel, Octubre 2007

Winnicott plantea que parte de las funciones maternas son el Holding (sostenimiento) y el Handling (manipulación). El Holding plantea que “la forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado (...) Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño...”⁵ El sostenimiento facilita la integración psíquica del niño, ya que el hablarle cálidamente, mirarlo cuando se lo amanta, mecerlo y cantarle suavemente, mirarlo con afecto, serán aspectos fundamentales para la base de una buena salud mental. Dentro del acompañamiento es el apoyo y la presencia necesarios, para poder brindar un sostén real, incluye también la disponibilidad de estar junto al otro, atento a las necesidades que se presentan, es el poder estar en el momento presente, sin distracciones internas que alteren nuestro cometido, y con ello me refiero a el aquí y el ahora, “In situ”. “D” necesito de este sostenimiento, para poder integrarse con ella misma y con su embarazo, fue lo que posibilitó encontrar vías más sanas de resolución de conflictos, el dispositivo funcionó porque la sostuvo, se generó un vínculo que la protegió, incluso de ella misma, ante su propia agresividad.

La manipulación se refiere más a los “soportes y cuidados concretos y reales que el niño necesita, al estar sintonizados y atentos a sus necesidades de manipulaciones de alivio sobre su cuerpo real: mirarlo, tocarlo, acariciarlo, limpiarlo es decirle - te quiero, me importas, tú vales, mereces, eres objeto de mi amor- en el lenguaje del cuerpo, dejar de hacerlo es dar el mensaje contrario”⁶. En el ejercicio de nuestro rol, el cumplimiento del encuadre, será lo que permita brindar los soportes y cuidados concretos al paciente, es la lectura del otro a partir de nuestro propio cuerpo, la presencia física y el cumplimiento de lo pactado. “D” a pesar de su dificultad para reconocer a los otros, pudo reconocer la presencia del at y los cuidados proporcionados, puesto que en cada encuentro su salud era un aspecto importante a tener en cuenta, mas cuando avanzaba el estado de gravedad. Como se menciona anteriormente, la higiene personal era un punto a atender, mas porque esto generaba un rechazo tangible por parte de los demás que integraban la comunidad de la maternidad, pudo lograrse que se higienizara los días en que asistía el at, para posteriormente comenzar a higienizarse porque era necesario para ella y su próximo parto, acá observamos un primer momento de dependencia hacia el at, para posteriormente lograr independizarse.

Otro aspecto a tomar en cuenta, fue el de consensuar las actividades, ya que debido al lugar y las restricciones por parte del encuadre de cuidados por parte de la Institución, no había muchas alternativas. Aquí es donde la capacidad creativa del at debe surgir, para dar lugar a la creatividad del paciente. “Para ser creativa, una persona tiene que existir y sentir que existe, no en forma de percatamiento consciente, sino como base de su obrar (...) La creatividad se relaciona con el estar vivo, de modo que, salvo en períodos de reposo, el individuo se proyecta, y

⁵ “La pareja madre – lactante” D. Winnicott, 1960.

⁶ “El niño necesita socializarse” José R. Codina

si encuentra un objeto en su camino, puede relacionarse con él”⁷ Así que una de las actividades fue la creación de cuentos, donde podía apuntalarse la aparición de la imaginación creadora y volcar aquello que emergiera; lo más llamativo fue que al principio los cuentos tenían un solo personaje femenino, a medida que los avances se hicieron notar, comenzaron a surgir otros personajes y mayores elementos de interacción, incluso la posibilidad de compartir lo realizado con su entorno. La creatividad resulta vital, tanto para el acompañante, como para el acompañado y su desarrollo es parte del proceso activo que se genera en la vinculación.

Ser un acompañante terapéutico suficientemente bueno significa poder brindarse a ese paciente, tomando en cuenta sus necesidades, propulsando sus potencialidades y así como “la madre también tendrá que soportar la frustración de no poder satisfacer onnipotentemente a todas sus necesidades”⁸ deberá tolerar su propia frustración al sentir que no logra cumplir con las exigencias u objetivos impuestos. D. Winnicott refiere que “son incontables las veces en que nos encontramos ligados a un paciente; pasamos por una fase en la que somos vulnerables (como lo es la madre) debido a esa participación nuestra; nos identificamos con el niño que depende temporariamente de nosotros en grado alarmante. (...) Si todo sale bien, tal vez descubriremos que un niño ha surgido, un niño cuyo yo puede organizar sus propias defensas contra las ansiedades inherentes a los impulsos y las experiencias del ello. Un "nuevo" ser está naciendo, merced a nuestro trabajo, un verdadero ser humano capaz de tener una vida independiente...”⁹

La paciente “D” tuvo un cambio repentino previo a unos días antes del parto, el cual se adelantó dos semanas, decidió quedarse con su hijo, y cuidarlo por sus propios medios, no podemos evaluar el acompañamiento como exitoso por esta decisión, pero si por la posibilidad de haber contenido dentro del dispositivo, un proceso que dio como resultado la posibilidad de tener un bienestar, que favorezca observar otras opciones, las cuales no eran utópicas, sino tangibles y posibles. El acompañamiento fue cerrado una semana después del parto, ya que era una nueva etapa atravesada por lo legal e institucional, la que iniciaba, además de otros emergentes surgidos.

Autora: AT Mónica Elizabeth Morra Cáceres

Domicilio: Calle Victoriano Toloza n° 228 – B° Parque Norte- Ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca - Teléfono: (0383) – 154311316
Correo Electrónico: monicamorra@hotmail.com

⁷ “Vivir creativamente” D. Winnicott, 1970.

⁸ FUNDAMENTOS WINNICOTTIANOS Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO, Leonel Dozza, 1994.

⁹ “La pareja madre – lactante” D. Winnicott, 1960.

Bibliografía

- "El desarrollo emocional primitivo" Desde las conceptualizaciones de Donald Winnicott Psic. Alicia Parizzi
- Dossier de Donald Winnicott 2º parte: "La creatividad y sus orígenes" Lic. Graciela Levin - "Teoría y clínica Winnicottiana" Lic. Graciela Elisa Vergel Revista Contexto Psicológico. Edición septiembre de 2007.
- Obras completas de Winnicott: "Vivir creativamente" 1970 - "La pareja madre – lactante" 1960 - "Aprendizaje Infantil" 1968.
- Conferencia: "Fundamentos Winnicottianos y Acompañamiento Terapéutico" Texto base de una de las tres conferencias presentadas en São Paulo, Agosto de 1994. Organizado por el equipo del Hospital-Día A CASA
- "Las funciones maternas de Donald Winnicott - Un referente en psicopatología infantil 1896-1971", Dr. Jaume Cañellas Galindo – 2008
- "El niño necesita socializarse" José R. Codina Blog Blog <http://www.jrcodina.com/>
- "El AT como Dispositivo Terapéutico" Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky, editorial Letra Viva 2011