

## Acompañando el recorrido de un camino distinto

Por Cristian H. Carlini

**Cristian H. Carlini.** Lic. Trabajo Social y Acompañante Psicoterapéutico

### Introducción

Considero que la presentación de todo tipo de ateneo es de vital importancia para el desenvolvimiento como trabajadores/as de la Salud, porque nos permite visibilizar dos ejes fundamentales (totalmente interrelacionados entre sí): uno es el referido a que la realización de un ateneo te conduce a generar más pausas que movimientos, permitiendo reflexionar sobre las propias prácticas que uno realiza en un espacio institucional y/o familiar en vinculación con tal/es paciente/es; el otro eje es que permite siempre ¡recrear! dichas intervenciones sociales y terapéuticas, recreación que implica continuar con algunas de las intervenciones vigentes, modificar otras, como también reemplazar algunas por otras.

Para poder resignificar las propias prácticas de intervención, considero que hay que partir desde una concepción de la salud construida y percibida e interpretada y llevada a la práctica desde un enfoque humanístico, progresista y holístico. También comprender que toda sociedad está atravesada y está constituida por un conjunto de relaciones sociales múltiples y complejas, para nada lineales, relaciones atravesadas en varias oportunidades por un conjunto de rizomas, concepto muy bien desarrollado por los autores Deleuze y Guattari:

*“Un rizoma como un tallo subterráneo se distingue radicalmente de las raíces y de las raicillas. Los bulbos, los tubérculos, son rizomas. Pero hay plantas con raíz y raicilla que desde otros puntos de vista también pueden ser consideradas rizomorfas [...] En sí mismo, el rizoma tiene formas muy diversas, desde su extensión superficial ramificada en todos los sentidos hasta sus concreciones en bulbos y tubérculos”.* (Deleuze y Guattari, 2010: 12-13).

Esta imagen y concepto utilizados por estos autores nos hacen reflexionar sobre lo social como un movimiento constante, múltiple, heterogéneo y con mucha fluidez. Esta visión me permite distanciarme y disentir con la postura filosófica positivista de reducir (de forma totalmente lineal) la realidad social a una mirada teórica previa. Estas concepciones superan visiones tradicionalistas y hegemónicas que parten de la negación o de una valoración mínima de la propia historia social, familiar, económica, política y cultural de cada individuo.

Desde este trabajo deseo reivindicar y revalorizar el hecho de haber logrado una mejor calidad de vida del paciente Manuel, con quien recorrí (desde el mes de noviembre de 2007 hasta mediados del año 2015 cuando falleció a los 95 años) un camino de continuo aprehendizaje mutuo, llevando a la práctica el Dispositivo de Cuerpo a Cuerpo desde roles diferentes: primero como Acompañante Psicoterapéutico y posteriormente desde mi otra formación como Licenciado en Trabajo Social).

## Marco teórico / desarrollo

El largo el trabajo vincular que fui construyendo con el paciente M. (en esos más de 7 años) estuvo atravesado por un montón de avances y contramarchas, imprevistos y desafíos que implicaron constantemente reflexionar y resignificar las respectivas intervenciones desde una concepción dialéctica. Considero también que todo enfoque terapéutico y social crítico implica una visión de contextualización del presente del paciente, recuperando su historia personal.

Parto de un enfoque de reivindicar el “Dispositivo de Acompañamiento”, estrategia que consiste en la importancia de revalorizar una intervención que tome en cuenta la vida cotidiana, las redes sociales y las vinculaciones, imaginarios y deseos de cada persona con la que uno se vincula profesionalmente. Este dispositivo está muy bien desarrollado por la autora Geraldine Ponce G. La clave es recuperar y revalorizar la propia voz del sujeto. Sobre este eje coincido además con los aportes del autor Faleiros, que considera que el objeto a conocer se vuelve subjetivado, permitiendo ser un sujeto, no de carencia sino de expresividad de su potencia y de su capacidad de transformación. Este autor expresa lo siguiente: *“...la realidad y el pensamiento, el sujeto y el objeto no son entidades aisladas, sino que se constituyen recíproca y mutuamente en la praxis...El sujeto se proyecta en la transformación del objeto. El objeto se vuelve subjetivado”* (V. Faleiros, 1972 P. 87).

La experiencia de trabajo con el paciente M implicó un gran desafío para poner en jaque las concepciones hegemónicas actuales sobre la vejez que, desde dichos patrones, consideran a una persona adulta mayor como sujeto pasivo y “olvidado” por la mayor parte de la sociedad. Desde estos patrones se sostienen también, tanto en la dimensión simbólica como material, un conjunto de prejuicios que conforman el concepto de viejismo. Este concepto de viejismo está vinculado a consideraciones como: algo desolador, feo, doloroso e impensable; tema muy bien desarrollado por el autor Salvazerra Leopoldo (2002), quien reflexiona que el concepto de viejismo contiene un conjunto de prejuicios, discriminaciones y estereotipos impuestos por las lógicas de la cultura de poder. Este autor también visibiliza el concepto de Gerontofobia como una expresión de odio y / o temor que es irracional hacia los “viejos”; concepto que forma parte del parámetro del Viejismo.

Desde estas concepciones hegemónicas, la Vejez está totalmente relacionada con la declinación física y mental y resulta de considerar a los viejos como sujetos enfermos o discapacitados. Otro de los prejuicios es el considerar que la sexualidad de esta población no es ni posible ni necesaria y, si ocurre, no es normal. Es decir, las tendencias culturales hegemónicas tienden -desarrollado también por la autora Beauvoir S.- a negar y censurar la etapa de vejez que todo ser humano va a transitar.

Para contrarrestar las concepciones vigentes negativas sobre la vejez, es pertinente mencionar a la autora Graciela Zarebski de Echembaun cuando expresa lo siguiente:

*“La conclusión será que, si no queremos vivir la vejez como una caída, habrá que apelar a lo contrario, es decir, a la vida”. “(...) Si la vejez forma parte de la vida, la vida cae en la muerte, no cae en la vejez”. “(...) (Echembaun, :60).*

Ella plantea que el camino a seguir es superar visiones dicotómicas entre juventud y vejez como así también superar la visión negativa de la vejez como un adulto acabado, es decir como un sujeto objetivado, sin proyectos de vida. También es importante posicionarse en una concepción de que adulto mayor es diferente a ser “viejo”, como lo desarrolla la autora Ludi María del Carmen (2005). Ser adulto mayor implica tener siempre proyectos, de recrearse cotidianamente, de comprender que el posicionarse en el viejismo es no tener deseos de impulsar proyectos; en fin, es no partir de la importancia del Arte del Intento como lo desarrolla el autor V. Frank. (2013).

Para continuar con esta reflexión, el viejismo -como concepto establecido por los patrones culturales hegemónicos- es totalmente diferente al concepto de envejecimiento de cada persona. La Organización Mundial de la Salud (2010) plantea que el envejecimiento es particular e individual de cada sujeto, refiriéndose a él como un proceso normal, produciéndose una limitación de la adaptabilidad. No es uniforme y variará en cada sujeto.

Partir desde estos lineamientos teóricos es lo que me permitió ampliar la capacidad de escucha hacia el paciente adulto mayor M, permitiendo tomar en cuenta sus deseos y motivaciones como emergentes trabajadas en las diferentes intervenciones sociales y terapéuticas realizadas.

### **Revisión histórica y desarrollo de la situación afectiva / emocional del paciente**

M. fue hijo de padres ucranianos que hacia principios del siglo XX formaron parte de las corrientes inmigratorias rusas, polacas, ucranianas, italianas, españolas, etc., que comenzaron a transitar por estas tierras del sur de América (hoy llamadas Argentina).

Como quedó señalado, sus padres provinieron específicamente de Ucrania, familia de tradición hebrea, fueron construyendo sus sueños primero instalándose en la provincia de Entre Ríos, trabajando en colonias campesinas. Manuel nació en Paraná, ciudad capital de esa provincia. Su núcleo familiar se constituyó con 5 hermanos más (2 hermanos y 3 hermanas). Luego, durante su infancia, sus padres debieron movilizarse a la Ciudad de Buenos Aires por razones económicas. Vivieron en diferentes barrios: Retiro, Constitución, Villa Celina y Mataderos, entre otros. Es necesario destacar que cuando M. tenía 29 años vivencia una crisis psicótica. En ese momento sus padres deciden internarlo en el Hospicio de las Mercedes (hoy Hospital Neuropsiquiátrico Borda) y posteriormente es internado en la Institución Colonia Dr. Domingo Cabred.

El paciente ha transcurrido más de 60 años de su vida (y en vida) atravesados por las lógicas de las internaciones institucionales: predominancia de la lógica instituida ante las prácticas de liberación sostenidas por la lógica instituyente, vivenciando situaciones de dominación en su propia subjetividad y en su propio cuerpo. Pero desde su propia singularidad, el paciente M. fue intentando, más allá de la realidad patológica que lo atravesó en menor medida en los últimos años de su vida, diferentes expresiones de resistencias a lo vivenciado. Este eje lo relaciono con los aportes del autor M. Foucault (1989), que plantea que al poder no sólo hay que analizarlo como el poder representado como un conjunto de Instituciones y aparato que constituye el Estado, sino que hace también hincapié en analizar, reflexionar, sobre las diversas formas terminales en que se expresa y se genera el respectivo poder. Es decir que no debe ser buscado el poder en un punto central sino que el mismo se está produciendo en cada momento y en todas las relaciones humanas mientras haya atravesamiento de esta cultura del poder, por lo cual, en cada relación humana existe la posibilidad de generar resistencias ante lo que oprime y subyuga.

El paciente logró visibilizar una concreta forma de resistencia. Después de estar más de 60 años internado pudo expresar nuevamente su propia sonrisa, logró estabilizarse mucho más en lo referido a su mundo afectivo / emocional, logró construir ciertos lazos sociales hacia el interior del Hogar en el que estuvo internado como con un grupo de vecinos que “ranchaban” en una de las esquinas de la calle donde se encontraba ubicado el Hogar Solariega. Fue logrando, en sus diversas relaciones humanas, compartir su historia, sus anécdotas, sus estados de alegría y sus enojos y angustias. Fue logrando expresar prácticas de resistencia.

Durante el año 2008, una parte de la familia, principalmente una de sus sobrinas apoyada por sus familiares, tomaron la decisión de que dejara de vivir en la Institución Colonia Cabred (con la

autorización correspondiente de los servicios médicos y jurídicos) y pasara a vivir en la vivienda de su sobrina.

A través del acompañamiento de diversos profesionales del Programa PAMI, la familia decide trasladarlo al Hogar de Adultos Mayores “Solariega”, en el Partido de Ezeiza, provincia de Buenos Aires.

Mi vínculo de trabajo con el paciente M, como lo expresé al principio del desarrollo de este trabajo, estuvo atravesado por continuos avances, con algunos contramarchas. Este camino de trabajo terapéutico y de construcción de lazo social nunca debe ser lineal y sí partir de una gran flexibilidad y capacidad de adaptarse y tomar en cuenta la situación emocional y clínica que va atravesando el paciente. Considero que es fundamental partir de un coherente encuadre interno como Acompañante Psicoterapéutico -concepto muy bien desarrollado por la escuela Psicoanalista- para lograr de esta manera trabajar sobre las propias emociones contra-trasferenciales. El generar la construcción vincular con una transferencia positiva y de superación de resistencias lo consideré (y considero) fundamental para la continuidad de esta intervención y acompañamiento terapéutico realizado hacia el paciente M., como también a cualquier persona en situación de paciente.

Deseo relacionar este eje sobre “La transferencia” con lo aportado por la autora Lic. Azpillaga Silvia, cuando se refiere a lo siguiente: “...*el terapeuta tendrá que hacerse cargo de estos aspectos transferidos negativamente, y analizarlos, para poder devolvérselos al paciente con otros signos, con una finalidad reparadora*”. (Azpillaga Silvia, 2005: 4).

También considero que fue fundamental -y lo sigue siendo- partir desde el fortalecimiento del rol de Acompañante Psicoterapéutico, porque ha permitido ser un sostén / un soporte para el paciente M. y su familia, elemental en un momento de vital importancia que consistió en que el paciente M pudiera dejar de vivir en la Institución Colonia Cabred para ir a vivir a la vivienda de una de las sobrinas y posteriormente vivir en el Hogar de Adultos Mayores Solariega.

Es oportuno relacionar este eje con el texto sobre el Acompañamiento Psicoterapéutico desarrollado por Altomano y Azpillaga, cuando expresan lo siguiente:

*“...el acompañamiento psicoterapéutico cumple con la función de ser soporte / sostén para el paciente, desde la cotidianidad de vida del mismo paciente... Promueve en el paciente el ensayo de conducta nuevas al lado de este soporte – sostén que es el AP, que opera como garantía frente a la amenaza de una posible desorganización (desintegración) ...”* (Altomano G. y Azpillaga S. 1997: 1).

Puedo explicitar que en la primera etapa, desde mi primer vínculo en noviembre de 2007 hasta marzo de 2008 aproximadamente, el paciente se caracterizaba principalmente por sostener una actitud de no habla, expresando resistencias al propio espacio de Acompañamiento Psicoterapéutico, generando constantes quejas en su escasa producción discursiva. A lo largo de estos sucesivos años el paciente M logró fortalecer su identidad yoica y generar un mejoramiento de las instancias de la socialización hacia mi persona, como también logró una mayor vinculación de respeto con las personas con las que se fue vinculando, ya fuera trabajadores del Hogar como otros adultos mayores. Es decir que se fue construyendo una transferencia positiva. A lo largo de este continuo acompañamiento también fue logrando una concreta y correcta ubicación, tanto temporal como espacial, demostrando el fortalecimiento de su principio de realidad, logrando estabilidad en su cuadro patológico. A su vez, el paciente fue superando un tipo de discurso verborrágico y sin orden de los temas reales que fue “trayendo” al espacio de Acompañamiento Psicoterapéutico. En un continuo trabajo vincular, el paciente fue logrando ser más ordenado en los

temas que deseó hablar y principalmente fue respetando el espacio del otro, fortaleciendo la escucha no sólo de mis opiniones sino también las de las demás personas con las que se iba vinculando. En las diferentes actividades/ejercicios sobre el esquema corporal, el paciente siempre logró representarlo coherentemente y sin alteraciones.

También su participación fue evolucionando en todas las actividades, tanto de estimulación física como de participación en el fortalecimiento de los lazos sociales, compartiendo por ejemplo diversos juegos de mesas con otros integrantes adultos mayores del Hogar o estableciendo vínculos con los chicos de la esquina del barrio durante las recorridas realizadas, vínculos que sostuvo en el tiempo. En esas salidas puedo mencionar la visita al Planetario, compartir algunos momentos en bares cercanos al Hogar o realizar recorridas generadoras de espacios para la estimulación del tacto (por ejemplo tocando la corteza de diversos árboles); la vista (leyendo los diversos carteles a lo largo del recorrido). Con respecto a los ejercicios de fortalecimiento de la memoria tanto diacrónica como sincrónica, el paciente logró sostenerla sin dar indicios de cuadros de Alzheimer. Uno de los ejes centrales de todas las intervenciones que fui planificando y poniendo en marcha en el trabajo con el Paciente M. consistió en la recuperación de los lazos sociales como una manera de potenciar la cura, de potenciar lo positivo de toda intervención terapéutica, que el paciente fuera construyendo vínculos con otros adultos mayores del hogar, de tener presente el nombre de los adolescentes y adultos que “rancheaban” en una de las esquinas del barrio, que lograra establecer un vínculo con Antonio (responsable del bar de uno de los Gimnasios ubicados a 5 cuadras del Hogar). Estos son claros ejemplos de la revalorización de los lazos sociales, atravesados por la práctica de la solidaridad.

Sobre este eje deseo marcar su relación con los aportes realizados por el autor Carballada A. (2002) que sostiene que en toda acción de intervención lo importante es la recuperación de los lazos de solidaridad. Plantea también que al intervenir en realidades micros sociales desde una mirada de la cuestión de la solidaridad, permitirá comprender y saber de los actuales lazos sociales de intercambios y de reciprocidades que existen en un barrio y/o comunidad, como en una institución, lo que permitirá conocer las formas organizativas y captar por dónde se explicitan las prácticas de solidaridad.

A fines del mes de septiembre de 2014 M. tuvo una descompensación clínica muy fuerte, una disfuncionalidad renal, pérdida de apetito con una disminución considerable del peso y de su vitalidad. Además se aceleró la pérdida de la visión por el avance de un proceso de cataratas. Esto generó una inestabilidad emocional expresando miedos, rechazo a la vinculación con las demás personas, no expresando voluntad de hacer actividades y deseando quedarse en la cama del cuarto durante todo el día. Consideré esta situación -compartida por mi supervisora Lic. Adriana Díaz- como el momento más crítico, tanto clínico como emocional, que observé del paciente M desde el inicio del Dispositivo del Acompañamiento. A pesar de toda esta situación, luego de varios meses con sesiones de continua estimulación psicoterapéutica, pudo compensarse clínicamente y afectivamente/emocionalmente. El paciente logró superar en parte sus miedos, comprensibles por su situación. En la parte final de sus 95 años -y cumpliendo sus 96 años- se produjo un redescubrir de un mundo nuevo, pudo resignificar el espacio del Hogar, a aprehender a vincularse y conocer nuevamente su propio cuerpo,. También pudo ir superando los miedos que lo paralizaban volviendo a salir a caminar, redescubriendo los recorridos que meses atrás podía ver sin grandes dificultades. Este logro fue precisamente una demostración -que se vio en la práctica de su vida cotidiana- del concepto de Resiliencia, entendiéndose por este concepto, según Edith Grotberg (2009) a la capacidad de todo ser humano de poder afrontar y superar las adversidades, transformándolas como situaciones de aprendizaje.

Esto demuestra que M. no fue un simple reproductor de lo dado, concepto muy bien analizado por la autora M. R. Pagaza (1998). El paciente M demostró poder expresar capacidad de ser sujeto con su propia voz, de ser dinámico y con la posibilidad de aportar a la transformación de su situación de inequidad, en este caso situación de expresar sus propios deseos de vivir, tomando en cuenta la situación clínica y afectiva de crisis que estuvo vivenciando hacia fines de septiembre de 2014.

Cabe destacar que esta evolución positiva de su situación de estabilidad emocional y de vinculación social también se fue logrando por los aportes constructivos del personal del Hogar Solariega y el estímulo y contención que tuvo por parte de la familia. Con respecto a la forma de trabajo del personal del Hogar Solariega, es importante visibilizar su visión humanista y de una continua observación y acompañamiento hacia los adultos mayores, a pesar de los diversos obstáculos que se fueron presentando.

A lo largo de este recorrido el paciente M. fue participando de diversos espacios de talleres. Pude acompañarlo en esos espacios en algunas oportunidades: - Espacio de Actividad Física; - Espacio de Taller de Estímulo y de memorización y – Espacio de zooterapia coordinado por el Lic. Pablo, zooterapeuta.

Considero importante reafirmar que no observé -en líneas generales- un conjunto de resistencias desde los diversos integrantes de dicha Institución, desde la dirección hasta el resto de los trabajadores, salvo excepciones. Dichas resistencias se relacionaron con el concepto de “cerco institucional”, muy bien desarrollado por el autor Varela Cristian quien expresa lo siguiente: *“...cada organización tiende en su derredor un cerco, in límite tanto virtual como real, con el fin de garantizar su integridad, y evitar ser contaminada, desvirtuada, trabajada por fuerzas ajenas.”* (Varela C., 2010:8)

Si bien toda institución genera -desde su propia dinámica- un límite hacia los individuos que no son sus integrantes, en el caso del Hogar Solariega se generó -de acuerdo a mi experiencia- un concreto trabajo colectivo y un buen acompañamiento, siendo mínimo dicho cerco institucional.

Retomando los aportes del autor Carballada A. (2002), toda intervención es una acción deliberada a través de la que cada profesional, a partir de sus perspectivas de orden conceptual, epistemológica, metodológicas, instrumental y ética política, se propone -junto con el sujeto- darle un rumbo diferente a la realidad, cambiar la direccionalidad de la misma para de esta manera, transformarla. Por lo cual, considero que a lo largo de todos estos años, conjuntamente con el paciente M., se fue logrando una modificación de la realidad que estaba viendo durante su internación en el Instituto Colonia Cabred.

A partir de esta experiencia particular con el paciente M., en la que se verificó la ampliación y fortalecimiento de su situación de salud, considero que un eje importante de toda intervención terapéutica con adultos mayores lo constituye la ocupación constructiva del tiempo personal, del tiempo libre de cada adulto mayor, estimulando su participación en actividades físicas, actividades recreativas, etc. Estas actividades potencian las prácticas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y la respectiva rehabilitación de la salud. Este eje deseo relacionarlo con lo expuesto por la autora Ludi María del Carmen (2005), que realiza una resignificación positiva del uso del tiempo libre de los Adultos Mayores como un espacio para la creación de ideas y la revalorización de las actividades recreativas. La autora hace mención a que producen la posibilidad de construir contactos sociales y generan entretenimiento.

En este apartado deseo también explicitar algunas sistematizaciones que logré realizar sobre lo

discursivamente construido por el paciente M a lo largo de este recorrido de intervención terapéutico. Los sistematicé en tres ejes principales:

### 1. Sobre las vivencias en su infancia, adolescencia y adultez, expresó lo siguiente:

- En 1926 un barco de inmigrantes llegó a Puerto Nuevo donde todos eran genoveses. Lo leyó en 6° grado de la primaria y se acordó de que se lo comentaron. M. contó que fue a la escuela primaria en Floresta (al frente estaba el Parque Argentino) y que había un pequeño hospital en la calle López de Vega que estaba al lado de la escuela a la que él concurrió. Con respecto a este hospitalito, se acordaba de que la ambulancia era un carro y el enfermero llevaba medicamentos y aceite.
- M. expresó tener recuerdos de las calles de Floresta y de Villa Luro, de los negocios, los locales y el tambo que había en Floresta. También del tranvía que pasaba cerca de la escuela en el mismo barrio.
- Expresó que fueron sus padres quienes le enseñaron a leer y a escribir.
- También se acordó que hizo el servicio militar en Campo de Mayo.
- Me expresó que fue al Circo. El espectáculo era ver a los payasos, a los malabaristas y que había una calesita y estaban los perros y caballos amaestrados. También, que en una caja se ponía una mujer que tenía un pantalón y un portasenos y se clavaban cuchillos en la caja. A los 7 años fue a ver los espectáculos de circo.
- Se acordó del juego de las bochas, dónde se colocan las bochas y el bochín. Que la idea del juego es que las bochas se acerquen al bochín.
- Se acordó de la existencia de un taller de fundición en el barrio de Mataderos, donde el bronce está hecho de cobre y de hierro.
- Se acordó de cómo se ordeñaba al ganado y que él ayudaba a llevar los animales al campo para que se alimentaran. Con felicidad expresó lo siguiente: *“yo lo ordeñaba con las manos y a veces usaba una personera que es un aparato con un motorcito que funciona con gasoil. Permite absorber la lecha vacuna. Ah... me acuerdo que se ponían a las vacas en forma transversal a un pozo donde le poníamos desde abajo la pezonera. Comían al mismo tiempo que se las ordeñaba”*. También expresó que la leche obtenida en el Barrio de Mataderos se la daba a los restaurantes, a los comedores de las escuelas y al Hospital Zalaberry de Barrio Mataderos. Dice que ahora es una plaza, muy linda y que el Hospital no está más.
- Al estar viviendo en el Barrio de Villa Lugano se acordó de la estación de trenes, de la calle Chilavert y de la calle Cruz (hoy es una avenida).
- Al compartir con M. la lectura sobre las actividades del INTA, M. se acordó de lo que sembraban y cultivaban en el campo en la provincia de Entre Ríos. Cultivaban cebollas que sacaban al sol y se les quitaba las pelusas. Cultivaban trigo, verduras y hortalizas. Se acordó de las plantas aromáticas, como el perejil.

## 2. Sobre su periodo de internación expresó:

- Se acordó cuando iba al almacén de la Colonia Cabréd.
- Se refirió al club interno que tenía la propia Colonia Cabréd.
- Se acordó de cuando lo obligaban a acostarse y luego se desmayaba. Al despertar estaba mojado. (Es interesante este comentario porque puede entenderse que le aplicaron el TTO por electroshock o una medicación inyectable. En cualquiera de las posibilidades es importante que lo pudiera expresar en palabras. El verbalizarlo es una concreta forma de resistir, al hacer memoria, concepto de resistencia muy bien desarrollado en otro apartado de este trabajo por el autor Foucault M. (1989).

## 3. Sobre sucesos históricos expresó lo siguiente:

- En el pueblo de Las Vegas había muchos inmigrantes italianos genoveses, como también había una colonia alemana porque había muchos inmigrantes alemanes. Entre todos organizaron una fiesta.
- Según lo comentado por su padre Abraham, un submarino fue construido en una parte de Alemania y luego fue terminado en Buenos Aires, en la época de la 1ra Guerra Mundial. Había varios países con submarinos, como Francia e Inglaterra.
- Expresó lo siguiente: *“La Historia es interesante”* (Interesante reflexión de Manuel que lo acompañó con gestos de estar contento).
- El canguro es un animal herbívoro, no es carnívoro y tiene una bolsa en su propia piel. Es una bolsa térmica.
- *“Para mí Galileo fue una gran persona y un gran físico”*. Expresado por Manuel.
- Se refirió a la importancia de M. Belgrano y de M. Moreno y de José de San Martín para lograr la independencia. En 1853 Rosas J.M. fundó el Hospital de las Mercedes.

## 4. Sobre temas de actualidad expresó lo siguiente:

- Comentó la situación del asesinato del Gobernador Soria por su esposa en un ataque de nervios (enero de 2012). Me expresó que para los cuadros de enfermedad psiquiátrica mentales se toman medicaciones. (Es interesante su recuerdo de la medicación que él mismo en su historia de internación estuvo tomando y que atravesó su propia existencia).
- Sobre el meteorito que impactó en una ciudad de Rusia, hizo referencia a cómo está constituida la atmósfera. Expresó que está compuesta por un conjunto de gases como el oxígeno, el helio y el hidrógeno. El elemento químico del helio es el más liviano.
- Se notó ubicado temporalmente al comentar sobre los técnicos de Boca y de River en el año 2013: C. Bianchi de Boca y R. Díaz de River.
- Refirió que el órgano del hígado produce una sustancia que es la bilis, generada por la glándula hepática. Su función es permitir la absorción de los alimentos, ayudando al proceso de

digestión.

- Me comentó acerca de la historia de Ernesto Ché Guevara.
- Comentó que Guttemberg fue el que creó la imprenta y utilizó material de pino para sacar el papel.
- El proceso de producir trigo es dejarlo estacionar para hacerlo moler varias veces y luego se logra la harina de trigo.
- Se acordó de que a más de 4.000 metros de altura el pueblo incaico cultivaba un montón de plantas medicinales como la hoja de coca, la quinua, etc. De las plantas medicinales se extraen sustancias químicas concentradas y de estos concentrados se elaboran los medicamentos, pesándose en una balanza. (Es interesante observar cómo Manuel relacionó diversos temas tomando un mismo eje estructural).
- Cantó canciones patrióticas como: del Soldado Cabral, de San Martín, etc.
- Al contarme que su sobrina se mudó a Mataderos (me lo expresó el día 20/04/2013), se comenzó a acordar del monumento al Barrio de Mataderos. Hay un retrato en la calle Muriondo y Telier.
- Se acordó de que la Avenida Gral. Paz era de tierra y cerca se encuentra el Riachuelo.

Considero importantísimo visibilizar esta producción de una persona que vivió la mayor parte de su vida bajo la influencia de la lógica instituida generando una anulación subjetiva. Esto es que pudiera verbalizar, “poner en palabra” sus propias vivencias.

Se trata de ejemplos de la continua producción discursiva que fue construyendo el paciente M. a lo largo del Acompañamiento en todos esos años. Son concretas expresiones de pensamientos y sentimientos del paciente que permiten visibilizar la importancia de la dimensión de la historia oral. Captar y registrar estas expresiones y significaciones fue posible gracias al empleo de la escucha activa, de una observación participante y de la valoración de la metodología de la historia oral, técnicas revalorizadas como métodos cualitativos.

Este eje lo relaciono con lo aportado por el autor Vasilachis de Gialdino, que expresa lo siguiente:

*“los métodos cualitativos actúan sobre contextos “reales” y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos (...) dependen básicamente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos. Implica un compromiso con el trabajo de campo y constituye un fenómeno empírico, socialmente localizado, definido positivamente por su propia historia.”* (Vasilachis de Gialdino 1992: 69).

Desde ese Acompañamiento Psicoterapéutico se fue logrando revalorizar la propia historia del paciente M., llevando a la práctica y reafirmando la importancia de la técnica de la Historia Oral. Sobre este eje deseo tomar en cuenta los aportes de los autores Meyer y Olivera de Bonfil, que expresan:

*“Toda la Historia se refiere a ideas, a palabras, que transmiten un pensamiento y ello es lo que hace de la Técnica de la Historia Oral, un complemento de las otras ya técnicas tradicionales, de las que se vale un historiador (...) La Historia Oral viene a enriquecer, y al mismo tiempo, a complicar un poco la tarea del historiador, al proporcionar un material fresco, desprovisto de sofisticación o depuración” (Meyer y Olivera de Bonfil, 1971:372/373).*

El tomar en cuenta la palabra del otro, en este caso del paciente M. como también cuando él tomó en cuenta mi palabra como la de otra persona con la que se fue vinculando, me permite coincidir con los muy interesantes aportes del autor Saltalamacchia, que expresa lo siguiente:

*“Como dijera antes, el Otro (que constituye al sujeto desde su inconsciente) no es una simple unidad, sino, a su vez, una trama compleja, heterogénea y contradictoria: muchos y variados son los discursos que lo conforma y que conforma, desde él, al sujeto. Si el Otro fuese homogéneo, los sujetos serían idénticos y sería superfluo todo movimiento de identificación: los otros se disolverán en el Gran Otro. En cambio, la heterogeneidad constitutiva del Otro es lo que produce el doble efecto de:*

- (1) la diversidad entre los sujetos y*
- (2) la heterogénea constitución de cada sujeto.*

*Esa doble heterogeneidad, a su vez:*

*a) abre el campo de la constitución del yo no solo como imaginario sino también como instancia en la que el sujeto busca su propia unidad, proyectándose en sucesivas imágenes de sí y*

*b) hace posible percibir la falla en el Otro; y, por ende, el movimiento hacia su sutura: el deseo y el proyecto en el que ese deseo se concreta (...) En la construcción imaginaria del Otro y su deseo estarán actuando tanto esas “voces que viene del pasado”, y que constituyen buena parte de su identidad, como las representaciones sociales del universos sociocultural en el que se encuentra inmerso” (Saltalamacchia H,1992:111-112).*

Esta perspectiva nos permite distanciarnos de cualquier enfoque individualista que se centre en la visión de un individuo homogéneo e idéntico a sí mismo y a la razón analizada solamente como una construcción consciente racional que consiste en simplemente hacer un cálculo de costos y beneficios. Desde esta perspectiva relacional, distanciada de enfoques positivistas, la identidad aparece como algo que se construye y reconstruye permanentemente y constantemente.

## **Conclusión**

Son muchos los ejes reflexivos que puedo expresar en esta conclusión.

Lo que me ha motivado -y continua haciéndolo- a sostener este trabajo de Acompañamiento Psicoterapéutico con el aporte de las herramientas de intervención desde el Trabajo Social son las continuas preguntas que me fui formulando sobre cómo mejorar la calidad de la intervención, de cómo generar mayores espacios de socialización, etc., tanto con el paciente Manuel como con cualquier otro paciente / familia. Es decir que son las propias preguntas las que me fueron marcando un camino.

Este eje lo relaciono con el aporte muy positivo del filósofo Santiago Kovadloff (1990), cuando

hace referencia a que si se pregunta buscando una respuesta ya definida y preexistente, no aportará conocimientos, sabiduría, aprendizaje. El camino de la realización de continuas preguntas y de búsqueda de continuas respuestas es lo que me fue permitiendo no caer en rutinarias intervenciones, es lo que me permitió hacer, construir, crear, en fin, revolucionar; hacer un camino de redes, de células, de no burocracias, en fin, de revolucionar las prácticas de salud cotidianas y microsociales. Esta experiencia de trabajo conjunto con el Paciente M. me condujo a reflexionar -y lo sigue haciendo- que toda situación y práctica actual tiene su propio anclaje en otras situaciones anteriores, es decir que todas las intervenciones que se fueron poniendo en marcha estuvieron interrelacionadas entre sí con el objetivo de ampliar la calidad de salud del paciente M.

Deseo mencionar al autor Berstein M. (1988), tomando el aporte de Pichón Riviére, que reflexiona que toda situación actual es heredera o heredada de situaciones anteriores. Es decir que la historia, como un conjunto de múltiples vivencias, actúa como motor del accionar de cada sujeto en sus respectivas vinculaciones / redes. M. demostró poder poner en marcha su propia historia, ser un sujeto totalmente activo de su propia vida. Demostró que a pesar de todas las marcas que le dejó su vida institucionalizada, atravesada principalmente por la lógica instituida, pudo lograr expresar y resignificar su propia historia personal. Puso en jaque al imposible del dicho *“no se puede hacer nada”*. Me demostró también que su vivir fue un camino donde constantemente se formularon inquietudes, preguntas, deseos de expresión, en fin, vida plena desafiando las estigmatizaciones que se sustentan en la concepción del “viejismo”.

En este apartado también deseo reivindicar que desde las prácticas humanizadas se podrá aportar a la construcción de nuevas instituciones de Salud, reemplazando a las instituciones atravesadas por la lógica instituida de la cultura del poder. Este eje está muy bien desarrollado por los autores Lapassade y Lourau, que expresan que hay que superar las visiones dualistas antidialécticas para poder ver no como entidades separadas tanto las instituciones como las relaciones sociales.

Con respecto a la institución, la definen de la siguiente forma: *“...institución en cuanto forma que adopta la reproducción y la producción de relaciones sociales en un modo de producción dado...”* *“...la institución es el lugar en donde se articulan, se hablan, las formas que adoptan las determinaciones de las relaciones sociales”* (Lapassade G.y Lourau R., 1977: 60-61). Determinaciones que no son determinismos porque uno siempre tiene la posibilidad -desde las propias prácticas cotidianas- de romper con los determinismos macro estructurales. Esto fue lo vivenciado por el paciente Manuel, en la Institución Solariega, que desde sus prácticas, conjuntamente con lo generado por los demás profesionales y trabajadores de dicha Institución y del acompañamiento de mi parte, se logró poner en jaque a los determinismos hegemónicos.

Como otro de los ejes principales me he planteado también el aporte a la dignificación de los propios adultos mayores desde la respectiva intervención profesional, reconociendo que seremos adultos mayores. Intervenciones que nos permiten ir superando las concepciones del “viejismo” que agudizan las estigmatizaciones, citando a Goffman Erving (2006), produciendo identidades deterioradas.

Los ejes y objetivos principales que fui plasmando y explicitando en este ateneo / trabajo / artículo académico, son parte de una concepción utópica personal, que para mi visión son el sostenimiento de un deseo de que toda situación existencial profesional no se completa definitivamente, que siempre implicará resignificar las propias prácticas de intervención y estar en movimiento.

Deseo compartir una concepción, que reivindico totalmente, desarrollada por el autor Boaventura de Souza Santos, que en su ensayo sobre una concepción multicultural de los derechos humanos

expresa que: “...no podemos reducir la realidad a lo que existe pues de otro modo podemos quedar obligados a justificar lo que existe, por más injusto u opresivo que sea...”.

Por último, comparto las siguientes frases, una es anónima y la otra es de Bertold Brecht:

*“Cuando el Deseo a vivir es un camino a transitar, es un camino a no perder esperanzas de lograr una mejor calidad de vida” (Anónimo).*

*“No aceptamos lo habitual como cosa natural, porque en tiempos de confusión organizada, de arbitrariedad conciente, de humanidad deshumanizada, nada debe parecer natural, nada debe parecer imposible de cambiar”. (Bertold Brech).*

## **Bibliografía**

Altomano, Guillermo y Azpillaga Silvia (1997). Acompañamiento Psicoterapéutico: Un abordaje Socializador. Materiales de estudios del Seminario de Acompañamiento Psicoterapéutico. Asociación A – Compañar. Buenos Aires.

Ateneo sobre la situación Bio-Pisco-Social: Flia. Familia C. A. (2010). Equipo de Salud de la Unidad de Salud Laferrere, La Matanza.. Buenos Aires.

Azpillaga Silvia. (2005). Artículo: “La transferencia”. Materiales de estudio del Seminario de Acompañamiento Psicoterapéutico. Asociación A - Compañar. Buenos Aires.

Berstein Marcos (1988). Psicología cotidiana en el grupo familiar. Editorial Cinco, Buenos Aires.

Carlini Cristian (2010). “Acompañando para la potencilización de mayores prácticas de autonomía personal y autoorganización grupal/popular”. Ensayo personal. Materia Taller Nivel III. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires.

Carballeda, Alfredo (2002). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Ed. Paídos, Bs. As,

De Beauvoir S (1970). La vejez, Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Di Dio Cintia y Carlini Cristian. Proyecto de intervención: Resignificación de la vida de los/as adultos/as mayores. Programa Médicos Comunitarios. Municipalidad de La Matanza. 2011

Deleuze, G. y Guattari, F. (2010). Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia (Trad. J. Vázquez Pérez). Valencia: Pre-Textos.

Faleiros Vicente de Paula (1972). “Trabajo Social. Ideología y Método”. Editorial Ecro. Buenos Aires.

Frankl Víctor (2013). El hombre en busca de Sentido. Editorial Erder. España.

Foucault, Michel. (1989). *El poder: cuatro conferencias*. Universidad Autónoma Metropolitana. Editorial Libros de Laberinto. México.

Goffman Erving (2006) Estigma. La Identidad Deteriorada. Amorrortu Editores 1º Edición. Buenos Aires / Madrid. .

Grotberg Edith H. (2009). La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar la adversidad. Editorial Gedisa, España.

Kovadloff Santiago. (16/10/1990) ¿Que significa preguntar? Artículo del matutino Clarín. Buenos Aires.

Lapassade Georges y Lourau Reneé (1977). Claves de la Sociología., Editorial Laia, Barcelona.

Ludi, María del Carmen (2005). “Envejecer en un contexto de (des) protección social”. Ed. Espacio, Bs. As.

Meyer Eugenia y Alicia Olivera de Bonfil (1971). La historia Oral. Origen, Metodología, Desarrollo y Perspectivas. En Historia Mexicana. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Vol. 21, No. 2. México. El Colegio de México.

OMS. 2000. Global Forum for Health Re-search: The 10/90 Report on Health Research 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Pagaza Margarita Rosas (1998). “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en el Trabajo Social”. Editorial Espacio, Buenos Aires.

Ponce Geraldine. Construyendo Herramientas. Un recorrido por los procesos de intervención de la residencia de Trabajo Social en el Programa de Desnutrición del CeSAC N° 5. Material de formación de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

Salvarezza, Leopoldo (compilador) (1998). La vejez, una mirada gerontológico actual. Ed. Paídos, Bs. As.

Salvarezza, Leopoldo (2002) “Psicogeriatría. Teoría y clínica”. Ed. Paídos, Bs. As.

Saltalamacchia Homero (1992). La Historia de vida: Reflexiones a partir de una experiencia de investigación. Colección Investigaciones. Ediciones CIJUP, San Juan, Puerto Rico.

Salvatierra Cynthia, Carlini Cristian (2013). Tesis: Recuperando la historia de la constitución formal del centro de salud N° 18 desde la palabra viva de sus actores. Carrea de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

Santos Boaventura de Sousa. Una concepción multicultural de los Derechos Humanos. Artículo trabajado en la materia de Antropología Sistemática I. Cátedra Neufeld. Carrera de Filosofía. Universidad de Filosofía y Letras. UBA.

Varela, Cristian (2010). El trabajo de campo en instituciones. La entrada al terreno institucional. Apunte de la materia de Psicología Social e Institucional. Cátedra Kamisky. Unidad N° 1. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

Vasilachis de Gialdino, Irene. (1992). Métodos cualitativos I: los problemas teóricos epistemológicos. Centro Editor para América Latina Buenos Aires.

Zarebski de Echembaun, Graciela. “Para no caer en la vejez (¿Usted piensa que la vejez es una caída?). Colección Prevención y Salud. Directora Martha E. Catena. Ed. Tekne.