Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Trabajos de Tesis Tesis de Grado

2017-04-04

El Acompañamiento Terapéutico en el campo de la Salud Mental, como dispositivo para el abordaje de pacientes con Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Colombi, Micaela Eliana

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/566

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
Facultad De Psicología

Investigación de Pregrado

Título:

"El Acompañamiento Terapéutico en el campo de la Salud Mental, como dispositivo para el abordaje de pacientes con Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y Trastorno del Espectro Autista (TEA)"

Trabajo final de Investigación Requisito Curricular del Plan de Estudios 2010 OCS 553/09

Apellido, Nombre y matrícula de las alumnas:
Colombi, Micaela Eliana 08692/09
Dones, María Jimena 09158/10

Supervisor: Dr. Cingolani Juan Marcelo

Cátedra de Radicación: Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica (GIEPsi)

Fecha de presentación

28 de marzo de 2017

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Colombi, Micaela Eliana (Mat. 08692/09) y Dones, María Jimena (Mat. 09158/10) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras".

"El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por las alumnas Colombi, Micaela Eliana (Mat. 08692/09) y Dones, María Jimena (Mat. 09158/10), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a ……. días del mes de …… del año 2017”.

Firma, aclaración y sello del Supervisor

Informe de Evaluación del Supervisor

Manifiesto que las alumnas Micaela Eliana Colombi y María Jimena Dones han realizado el presente trabajo siguiendo las pautas de lo establecido en el plan original. Destaco el esfuerzo realizado para sortear las dificultades surgidas, y el compromiso con el que sostuvieron la tarea. Asimismo, considero relevante destacar la importancia de que hayan emprendido un trabajo original en un campo poco explorado -al menos con rigurosidad científica- por los profesionales de la salud mental, constituyendo esta investigación un aporte socialmente relevante.

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Colombi, Micaela Eliana (Mat. 08692/09) y Dones, María Jimena (Mat. 09158/10)”

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

ACA VA EL ANTERPOYECTO ORIGINAL

INDICE GENERAL

Capítulo 1 Introducción……..8 pág.

Capítulo 2 Marco Teórico…….…..9 pág.

2.1 Acompañamiento Terapéutico en el marco de la salud mental….9 pág.

2.2 Antecedentes del Acompañamiento Terapéutico en Argentina....10 pág.

2.3 Hacia una definición del Acompañamiento Terapéutico……..13 pág.

2.4 Definición del Trastorno Generalizado del Desarrollo y del Trastorno del Espectro Autista…….....…….....17 pág.

2.5 TEA y Acompañamiento Terapéutico……..20 pág.

Capítulo 3 Metodología……..25 pág.

3.1 Tipo de estudio……..25 pág.

3.2 Objetivos……..……..25 pág.

3.3 Muestreo / participantes……...…..25 pág.

3.4 Instrumento……...….26 pág.

3.5 Procedimiento……....26 pág.

3.6 Registro de la información……...…..26 pág.

3.7 Unidad de análisis……..27 pág.

Capítulo 4 Resultados…….28 pág.

4.1 Objetivo 1…….…….28 pág.

4.2 Objetivo 2…….….30 pág.

4.3 Objetivo 3…….….31 pág.

Capítulo 5 Conclusión y reflexiones finales……..……..…35 pág.

Capítulo 6 Referencias Bibliográficas……..…..…….38 pág.

1. INTRODUCCION

La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (2010) refiere que los tratamientos deben propiciarse en función de brindar atención a partir de abordajes por fuera del clásico modelo asilar. Entre los dispositivos a implementar, se menciona el Acompañamiento Terapéutico, como recurso para el abordaje de pacientes en el ámbito ambulatorio.

Ante la ausencia de investigaciones y publicaciones a nivel local que den cuenta de cómo los psicólogos incorporan el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (AT) para el abordaje de los pacientes con Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y Trastornos del Espectro Autista (TEA), se propone el presente estudio, en el cual, a partir de entrevistas administradas a profesionales que se desempeñen en instituciones de salud, se realizará un análisis acerca del alcance actual del recurso AT, en el tratamiento de personas con dichas características.

En primer lugar, se desarrollará el marco teórico que sustenta la presente investigación, partiendo por las concepciones actuales acerca de la salud mental a nivel nacional y su relación con el dispositivo de AT. Se realizará un recorrido por la historia del AT en la Argentina, arribando hacia una definición del mismo, considerando tanto sus funciones como ámbitos de inserción.

Luego se definirá al Trastorno Generalizado del Desarrollo y al Trastorno del Espectro Autista, intentando dar cuenta tanto de sus síntomas como características, para luego realizar una articulación teórica acerca de la relación que mantiene con el recurso de AT.

En tercer lugar, se detallarán los aspectos metodológicos que guiaron el estudio incluyendo los objetivos, los participantes, la selección de la muestra, el instrumento y registro de la información, como también su procedimiento y la unidad de análisis del mismo.

Posteriormente se expondrán los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas y de la información recabada de las diferentes fuentes consultadas. Los mismos se organizarán en función de los objetivos planteados, para desarrollar luego las posibles discusiones sobre los temas trabajados y conclusiones.

Finalmente, se citarán las referencias bibliográficas.

PALABRAS CLAVE: Acompañamiento Terapéutico – Atención ambulatoria – Salud Mental – TGD – Espectro Autista

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Acompañamiento Terapéutico en el marco de la salud mental

La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (2010) tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Asimismo, en el artículo 3º define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Esta ley representa un cambio significativo, no solo por modificar la concepción de los pacientes con padecimientos mentales, sino también por reformas respecto al tratamiento, reconociendo diferentes abordajes para pacientes con dichas características. Entre los dispositivos a implementar para brindar atención por fuera del clásico modelo asilar, se menciona el Acompañamiento Terapéutico, como recurso para el abordaje de pacientes en el ámbito ambulatorio.

Por lo mencionado anteriormente, se entiende a la desmanicomialización como un proceso que representa la ruptura del modelo asilar. Según Bauleo (2010) esto no sólo significa la desaparición física del establecimiento o su transformación en otras organizaciones, sino también la modificación de la idea de manicomio como depósito atemporal de los emergentes familiares o sociales de una comunidad. Dicho de otra manera, la desmanicomialización enlaza dos movimientos: uno dirigido a la demolición de la estructura física, el edificio con los vínculos y normas que cobija, y otro que es la elaboración mental de una psiquiatría sin manicomio. Como resultado de ambos movimientos, la desmanicomialización significa un cambio radical en la comprensión y atención del sufrimiento mental. La ruptura del modelo asilar nos conduce a un pensamiento abierto y participativo de la comunidad. Y la resultante de aquella ruptura es la noción de red, que proviene de la idea de desmanicomialización: el sujeto sufriente puede ser asistido en espacios terapéuticos delimitados, distribuidos en un territorio. Como se observa, los pacientes pueden entrar y salir de cualquier punto de la red, sea un ambulatorio, centro de crisis, sala de psicopatología, hospital de día, centro diurno o lugar de rehabilitación.

Si bien en la actualidad no existe una ley que regularice el ejercicio profesional del AT, la Ley nacional de Salud Mental en su artículo 12º, le da por primera vez entidad jurídica

a esta actividad a nivel nacional. Y si bien lo hace de manera sucinta e imprecisa, abre las puertas a la introducción de los instrumentos jurídicos complementarios que posibiliten la regulación y definitiva inclusión formal del AT como profesión en el sistema de Salud Mental.

Por medio de la recientemente aprobada Resolución Ministerial 1014/14 de la provincia de Buenos Aires, se propone que la formación de ATs deberá dictarse con un plan de estudios acordado por el Ministerio de Salud de la Provincia y la Dirección General de Cultura y Educación. Anteriormente, los estudiantes se formaban con programas heterogéneos que dependían fundamentalmente del lugar donde se dictaban, pero ahora existe en la provincia una currícula única de formación. Quienes se recibieron antes en otros lugares, podrán acceder a una acreditación de competencias, aunque por el momento esto aún no se encuentra definido.

El 15 de junio del corriente año, el senador provincial Omar Foglia presentó un proyecto de ley que crea la figura del Acompañante Terapéutico de la salud en la Provincia de Buenos Aires y tiene como objetivo regular la práctica profesional del mismo con el fin de otorgarle a esta profesión legitimación y acreditación formal tratándose de una actividad que se viene desarrollando hace algunos años de manera eficaz dentro del sistema de salud. Para la elaboración del proyecto, se trabajó en conjunto con distintas instituciones que se ocupan y bregan por el reconocimiento de los Acompañante Terapéuticos como profesionales y trabajadores de la salud, así como también por el derecho de sus acompañados para recibir la prestación.

2.2 Antecedentes del Acompañamiento Terapéutico en Argentina

En la Argentina, en 1956 se crea el primer Servicio de Salud Mental por parte de Mauricio Goldenberg, con Sala de Internación para pacientes de Psiquiatría dentro del marco de un Hospital General, esto constituye una guía referencial indispensable para la búsqueda de nuevos recursos, herramientas y dispositivos más eficaces para el tratamiento de la locura.

Los primeros pasos en la inclusión de nuevos agentes en salud mental surgieron en la década del 70, en el ámbito de trabajo con adolescentes con problemáticas de adicciones. Fue el psiquiatra argentino Eduardo Kalina quien pensó en la denominación “amigo calificado”. Lo particular de este grupo de jóvenes, hacía necesaria la inclusión de “intermediadores” entre sus vínculos simbióticos con otros adictos y la droga, y su vuelta a la calle. El fundamento de este modelo de trabajo se basó en las propuestas teóricas de José Bleger (1962) quien propuso la ruptura de dichos modelos vinculares simbióticos. Posteriormente se empleó la

denominación de “Acompañante Terapéutico”, acentuando de este modo el enfoque terapéutico (Kuras de Mauer & Resnizky, 2003).

En el marco del Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico, que tuvo lugar en la ciudad de Bueno Aires en el mes de noviembre de 1994, se logró reunir a una buena parte de los equipos e instituciones que estaban abocando sus esfuerzos al desarrollo de esta especialidad, la gran mayoría residentes en Buenos Aires, titularizándose el evento “hacia una articulación de la clínica y la teoría”. El Segundo Congreso Nacional, fue realizado en la ciudad de Córdoba en septiembre de 2001, expresado en el nuevo lema que nominó al evento “hacia una inscripción institucional y académica del Acompañamiento Terapéutico”. Ya estaba comenzando entonces a tener lugar en una Universidad del interior del país la implementación de la primera Carrera Terciaria de especialización en esta disciplina. Las puertas del ámbito universitario comenzaban a abrirse. En Buenos Aires, el título terciario de Acompañante Terapéutico, en la modalidad de Tecnicatura, cuenta con el reconocimiento de la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad, dictándose actualmente en diversos establecimientos educativos. Asimismo, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires fue incorporada, desde el año 2002, la materia Práctica Profesional y de Investigación: Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico como asignatura electiva de la formación de grado de la Carrera de Psicología, tomando posteriormente nuevo impulso el proyecto para la creación de una Tecnicatura en esta especialidad, que toma el relevo del proyecto presentado en 1995, consistente en la creación de un título intermedio para los estudiantes de la Carrera de Psicología, el cual habiendo sido por entonces aprobado por el Consejo Directivo de esa Facultad, quedó sin efecto luego por el Consejo Superior de la UBA, instancia que sólo debía formalizar su aprobación final para que pudiera ponerse en marcha. El Tercer Congreso Argentino, fue el Primer Congreso Ibero Americano de Acompañamiento Terapéutico, el cual finalmente tuvo lugar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires a finales de noviembre de 2003, contando este nuevo encuentro con la participación de numerosos colegas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, México, Perú y Uruguay, reforzándose más aún la necesidad de sólidas vías de intercambio y colaboración para la realización de los objetivos que manifiestamente tenían estos países en común. Cabe destacar, que la organización de ese evento estuvo fuertemente ligada al nacimiento, ese mismo año, de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA), que por primera vez dio a la realización de estos eventos un marco institucional (Pulice 2011).

En el año 2014 se realizó el primer Foro Argentino de Acompañamiento Terapéutico en el marco del XXXI Congreso Argentino de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), con el objetivo de pensar las alternativas de tratamientos ambulatorios y en red, mediante dispositivos de trabajo entre varias disciplinas que priorizan la atención en el entorno familiar y en la comunidad de pertenencia. El II Foro Argentino de Acompañamiento Terapéutico fue realizado en el mes de abril del 2015. En abril del presente año se realizó en Mar del Plata el III Foro Argentino de Acompañamiento Terapéutico. Como continuidad de los Foros anteriores, se propuso congregar temas de Acompañamiento Terapéutico (AT) en un mismo tiempo y espacio, como ámbito de intercambio y debate con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y demás profesionales que participan del Congreso. En este contexto, se impulsó formalizar el lugar del AT en su articulación con el equipo Multidisciplinario en tratamientos ambulatorios y en redes comunitarias, abordando experiencias ligadas a la inserción social, laboral y recreativa. Se abordó además la situación del AT en términos de la regulación por parte del Estado (tanto a nivel Provincial como Nacional) del marco académico y legal para el ejercicio de esta práctica, con sus avances y obstáculos de la regulación y las consecuencias que tiene la ausencia de marco legal y de normativas en el plano de la capacitación (existencia de títulos oficiales o no, inclusión en Obras Sociales, PMO, Discapacidad, etc.), así como los proyectos en curso en ambos planos, en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657 y demás leyes existentes que implican la práctica del AT en el plano de la Salud, Adicciones, Discapacidad y Educación (APSA, 2016).

La Asociación de Acompañantes Terapéuticos del Paraná, organizó el 10 de junio del corriente año la jornada: “Acompañamiento Terapéutico. Formación y regulación de la práctica”. La conferencia estuvo a cargo del licenciado Gustavo Rossi y en la misma se oficializó la Red Nacional de Asociaciones de ATs, que cuenta con la participación de Asociaciones Regionales (Córdoba, Jujuy, Paraná, Mar del Plata, Neuquén, Río Negro, Bs. As.). Los objetivos de la Jornada fueron ubicar al recurso del Acompañamiento Terapéutico como un agente de salud dentro del estado y su concomitante formación y regulación, problematizar y debatir acerca de los nuevos escenarios de intervención del AT y sus incumbencias. Además, se discutió sobre las diversas formas de institucionalización del recurso y la visualización el trabajo que se viene realizando desde los diferentes claustros e instituciones involucradas en la formación, inclusión y regulación del Acompañamiento Terapéutico. Actualmente esa provincia cuenta con la tecnicatura de AT en la Universidad Autónoma de Entre Ríos. En el año 2015 fue reformado el Plan de Estudio, y lo significativo de este cambio es que se avanzó hacia la definición autónoma del perfil del AT,

despsicologizando la formación, en tanto es un plan de estudios independiente al de la carrera de psicología (Uader, 2016).

A nivel local, cabe mencionar la AReAT (Asociación Regional de Acompañantes Terapéuticos de Mar del Plata), espacio de referencia abierto a la comunidad, abocado a trabajar sobre cuestiones y problemáticas que atraviesan la práctica específica del rol.

2.3 Hacia una definición del Acompañamiento Terapéutico

El Acompañamiento Terapéutico (AT) es un recurso clínico dedicado a la asistencia ambulatoria de pacientes con perturbaciones psíquicas severas, en situaciones de crisis o emergencias, que se desempeña en el medio donde vive habitualmente el paciente y en actividades del ámbito social, por fuera del consultorio y el espacio institucional (Rossi, 2010). Esta práctica se ha desarrollado en la Argentina desde hace 45 años aproximadamente y ha demostrado ser una herramienta eficaz en la reducción de recaídas y hospitalizaciones, así como también en la reinserción de la persona al lazo social. En el capítulo V de la Ley Nacional de Salud Mental (2010) se menciona que dentro de la modalidad de abordaje debe promoverse la atención en Salud Mental 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, orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

El AT surge como una herramienta clínica con el objetivo de intentar subvertir los lineamientos del modelo manicomial, que hasta entonces se encontraban fuertemente arraigados. Momentos de intensa convulsión política y social tanto en Argentina como en distintos países del mundo occidental, fueron el terreno propicio para la puesta en marcha de toda una serie de experiencias que, a partir del fuerte impulso de la Psiquiatría Dinámica, la Antipsiquiatría y, fundamentalmente, el Psicoanálisis, comenzaron a dar consistencia a la idea de que era posible avanzar en el tratamiento de aquellos pacientes afectados de diversos modos por padecimientos psíquicos severos, más allá del mero control social en que derivaron, indeseadamente, los objetivos terapéuticos de la internación hospitalaria.

Kuras de Mauer y Resnizky (2003) ofrecen una nominación de funciones para el Acompañante Terapéutico en el área de salud mental:

- Contener al paciente: Acompañar al paciente y a su familia en sus cuadros afectivos es fundamental, mediando en posibles situaciones de conflicto, ofreciéndose como sostén y amparo ante el paciente en momentos de angustia, miedo, desesperanza, así como también cuando el mismo se encuentre en un estado equilibrado.

- Ofrecerse como referente: Favorecer el intercambio con el medio social, funcionando como un semejante con quien compartir actividades recreativas, laborales y/o educativas, presenciando los lugares donde el paciente frecuenta, realizando salidas a la vía pública y creando nuevos contextos de desarrollo.
- Ayudar a reinvestir: En virtud del grado de vulnerabilidad del Yo en las psicosis, el Acompañante Terapéutico se ofrece a la manera de un "organizador psíquico" capaz de intervenir operativamente y decidir por el paciente en aquellos órdenes donde éste no es aun capaz de hacerlo por sí mismo. Asume por momentos funciones que "el Yo del paciente", por estar comprometido y debilitado por la enfermedad, no puede desarrollar.
- Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente: Proponer y ayudar a investir en tareas acordes con los intereses del paciente, fomentar su capacidad creativa, favoreciendo una adaptación activa y aportándole una vía de expresión. Favorecer el desarrollo de las potencialidades sanas del paciente, potenciando las posibilidades y capacidades del sujeto y apoyando en lo anímico y lo concreto la realización de actividades.
- Aportar una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente: El Acompañante Terapéutico dispondrá de información ampliada sobre su modo de transitar en ámbitos diversos, sobre los vínculos que mantiene con los miembros de la familia, el tipo de personas con las que prefiere relacionarse, las emociones que lo dominan. Registrará también conductas llamativas de la vida diaria en relación a la alimentación, el sueño, higiene personal, todo ello contribuirá a una mejor evaluación de las alternativas a la hora de trazar una estrategia clínica.
- Habilitar un espacio para pensar a través del vínculo, aumentando el intercambio comunicativo del paciente.
- Orientar en el espacio social, crear un puente al mundo que le rodea. El AT busca conseguir una mejor condición de vida, menos lejana a la realidad, mediante un ajuste en las relaciones interpersonales y una percepción más clara de su propia existencia en el mundo
- Intervenir en la trama familiar, descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones el paciente con su familia.

Según Gustavo Rossi (2010), las diversas modalidades de intervención del AT se sostienen desde una relación terapéutica personalizada, acotada a las necesidades y momentos de cada paciente y sus vínculos de referencia cotidianos, respetando la especificidad y los lineamientos de su tratamiento. Permite esquemas de asistencia tendientes a evitar la

internación institucional, en los casos que resulte pertinente, acortando los tiempos de residencia en la clínica o el hospital psiquiátrico. En el mediano plazo, facilita también la disminución de costos si es utilizado por un equipo profesional idóneo, en tanto se instrumenten los recursos y programas más convenientes para el seguimiento de un paciente en cada etapa del tratamiento y para su reinserción social. Al ser un dispositivo flexible, el AT es un recurso que fortalece y complementa en la vida cotidiana los abordajes institucionales, favoreciendo la continuidad entre esas distintas etapas, para tratar de evitar recaídas en los momentos de especial fragilidad psíquica. A su vez, permite contener y asistir al grupo familiar que suele estar atravesando una situación crítica o padecer los efectos de cuadros clínicos que implican un deterioro crónico del paciente.

A su vez, el autor menciona cuáles serían las ventajas del dispositivo de AT:

- Facilitar la contención del paciente psiquiátrico y su familia en situaciones de crisis y emergencias clínicas.
- Otorgar una atención permanente y el seguimiento más personalizado de la evolución del paciente, siendo una herramienta especialmente apta para el trabajo interdisciplinario.
- Promover la reinserción educativa, laboral y recreativa.
- Permitir sostener los lazos familiares y sociales que resultan convenientes, en función de la indicación médico-psicológica.
- Propiciar la detección temprana de síntomas ante una posible recaída, disminuyendo los riesgos a través de una adecuada contención.
- Ayudar a una reducción de costos en los tratamientos, al brindar alternativas a la cronificación y a la internación institucional reiterada.

El AT es solicitado en casos de adicciones, bulimia y anorexia, depresiones y trastornos del estado de ánimo, fobias y ataques de pánico, pacientes con riesgo suicida, psicosis, retraso o discapacidad mental, autismo y trastornos graves infanto-juveniles, niños con dificultades de integración escolar, patologías genético/neurológicas en adultos y niños, pacientes con cuidados paliativos, tercera edad. Se desempeña especialmente en el entorno habitual -familiar y social- del sujeto: desde el domicilio a la calle, así como también en bares, cines, clubes, parques, shopping, etc. Busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover el desarrollo de un proyecto terapéutico, y para esto se vale de la cotidianeidad**.** En función de esto, trabaja para facilitar el lazo social, incentivar la inserción educativa, laboral y recreativa.

En relación al trabajo con niños, éste se fue ampliando en los últimos años, resultando cada vez más solicitado para trastornos generalizados del desarrollo, autismo y discapacidad, desde la integración escolar y social hasta modalidades ambulatorias. En el contexto cotidiano de la escuela, el Acompañante Terapéutico abordará las cuestiones atinentes a su integración y desenvolvimiento en las actividades tendientes al aprendizaje, a partir del vínculo particularizado con el niño, en un trabajo interdisciplinario. En ocasiones, la atención del docente hacia el niño con problemas del desarrollo no le permite acceder a una integración apropiada en el proceso educativo, aunque dicha atención sea satisfactoria para los demás compañeros pertenecientes al curso. Se favorece desde este espacio la interacción con los otros niños, así como el vínculo con el docente a cargo de la clase (Rossi, 2010).

De acuerdo a la evaluación diagnóstica y las necesidades del paciente y su familia, se determina si es conveniente evitar la internación institucional o acortar los tiempos de permanencia en un Hospital/Clínica y se organiza el esquema de horarios de acompañamiento más adecuado para el paciente en su entorno cotidiano. La presencia del AT en el hogar estaría generando las condiciones necesarias para evitar situaciones que impliquen un fuerte desgaste emocional, cuando fuera posible que el paciente conserve sus objetos personales y espacios de intimidad para así favorecer una mejor evolución. Esto puede realizarse contando con el apoyo de un equipo profesional interdisciplinario que otorgue tranquilidad en la convivencia diaria, ante la posibilidad de desbordes impulsivos o crisis.

Cuando el paciente logra estabilizarse gradualmente, se evalúa una paulatina reducción de la presencia de este recurso, hasta su finalización. Durante este proceso, la intervención del equipo de profesionales permite orientar a la familia en la modalidad de vinculación con el paciente cuando este recurso no esté presente, para sostener su evolución y frente a eventuales situaciones conflictivas.

Dentro de los ámbitos de trabajo del AT, según Gustavo Rossi (s.f) pueden mencionarse:

Internación domiciliaria o institucional: el AT interviene en esta etapa por indicación de los profesionales a cargo del paciente, en casos con trastornos graves, en adolescentes con riesgo suicida, en psicosis con episodios impulsivos, entre otros. Se trabaja también para comenzar desde allí el proceso de reinserción del paciente a su medio habitual.

Hospital de día: allí se encuentra integrado al trabajo interdisciplinario de la institución, el AT amplía las posibilidades de reinserción social, así como promueve

actividades alternativas de inclusión del paciente en la comunidad. Complementa la actividad de medio día o de doble jornada.

Atención ambulatoria: es de utilidad cuando el paciente se encuentra en tratamiento en consultorios externos de instituciones o en la práctica del psiquiatra o psicólogo en forma privada, permitiendo incorporar al AT en la vida cotidiana del paciente.

Otra modalidad de trabajo consiste en acompañar el proceso de la externación del paciente, por la complejidad que suele tener el retorno al hogar luego de una estadía institucional.

2.4 Definición del Trastorno Generalizado del Desarrollo y del Trastorno del Espectro Autista

El AT puede ser solicitado para trabajar con patologías como los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 1995) este trastorno se caracteriza por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos se presentan como impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Esta sección incluye el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Resulta importante considerar que, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, los trastornos del espectro autista (TEA) representan tres de los trastornos generalizados del desarrollo entre los que se encuentran el trastorno Autista, el síndrome de Asperger y el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (Vargas & Navas, 2012). Sin embargo, el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo de la infancia, aunque se encuentran dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo y deben tenerse en cuenta para la realización del diagnóstico, no se consideran como TEA (Vargas & Navas, 2012).

Cabe recordar que a finales de mayo de 2013 se ha publicado ya el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición (DSM-V), y que a diferencia del (DSM-IV-TR), no explica las categorías. Es decir, no trata de clasificar a las personas, sino que en el DSM-V se entiende el TEA desde un punto de vista dimensional con la finalidad de conseguir un diagnóstico más conciso y consistente (Hidalgo & Rodríguez, 2013). Además, el DSM-V cambia la organización de los trastornos desapareciendo así el trastorno de autismo, el síndrome de Asperger y otros dos trastornos más, que pasan a formar parte de un continuo, es decir, de una

misma categoría: Trastornos del Espectro Autista (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Sin embargo, para la clasificación del Trastorno de espectro Autista de la presente investigación se tendrá en cuenta la cuarta versión revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM- IV-TR).

Específicamente el Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto (DSM-IV-TR, 1995).

Los síntomas del autismo suelen empezar a percibirse entre los 18 y los 24 meses de edad y aunque las personas pueden experimentar avances en su desarrollo, el TEA se mantiene a lo largo de su vida. De todas maneras, los síntomas que suelen presentar estas personas suelen separarse en dos grupos: síntomas primarios y síntomas secundarios. Dentro de los síntomas primarios se encuentran los conocidos como la tríada de Wing: interacción social, comunicación verbal y no verbal, y flexibilidad de intereses y de conducta, que son los más significativos y los que en mayor o en menor medida se dan en los niños con autismo. Los síntomas secundarios, son aquellas alteraciones que se pueden dar o no, en mayor o menor medida en estos niños, es decir, se refieren a problemas asociados al trastorno de espectro autista. (Instituto Colombiano de bienestar familiar & Secretaría de Integración social, 2010).

A partir de los estudios realizados por Gadia y Tuchman (2003) y Chamorro (2011), se destacan los siguientes síntomas primarios que presentan las personas con TEA:

Interacción social

- Falta de correlación social: la limitación o ausencia de la empatía, dificultan su relación con las personas, tendiendo incluso a aislarse.
- Dificultades para comprender las actitudes y pensamientos de los demás.
- Dificultades para compartir sus propias experiencias, pensamientos e intereses.
- Dificultades en el contacto social: pueden ser muy pasivos con los demás o incluso demasiado activos sin considerar las reacciones del resto de personas.
- Dificultades en la comprensión de normas.

Comunicación verbal y no verbal

- Alteración en los procesos comunicativos básicos: escaso contacto ocular, dificultades en la comunicación tanto verbal como gestual y ausencia de vocalizaciones comunicativas.

- Déficit de atención conjunta.
- Ausencia de lenguaje como medio de comunicación social.
- Lenguaje desprovisto de significado: se expresan con frases hechas y un uso repetitivo del lenguaje.
- Dificultades para atender y percibir la información (sordera paradójica).
- Dificultades para comprender la información.

Flexibilidad de intereses y de conducta

- Intereses restrictivos, por el tipo de objetivo u objeto o por la gran intensidad que demuestran hacia ellos (fechas, mapas, monedas, etc.).
- Apego inflexible a rutinas específicas.
- Estereotipias: manierismos motores estereotipados y repetitivos como mecerse, aletear con los brazos, sacudir o girar las manos.
- Gran interés por ciertos objetos: curiosidad casi obsesiva y persistente por determinadas partes de los objetos.
- Juego repetitivo, poco imaginativo y no suelen presentar juego simbólico (agrupar, contar, etc.).
- Insistencia en mantener el ambiente sin cambios.

Por otro lado, y adicionalmente a las tres características principales, aparecen los síntomas secundarios que, aunque no siempre se dan, las personas con autismo tienen una mayor probabilidad de presentar alguna de estas características:

- Hipo−hipersensibilidad a estímulos sensoriales (los estímulos que para unos niños pueden ser “normales”, otros los pueden experimentar como desagradables o incluso dolorosos, ya que los perciben de manera diferente).
- Alteraciones alimenticias (intolerancia a ciertos alimentos como la leche o la harina).
- Alteraciones del sueño (problemas para conciliar el sueño o para mantenerse dormido).
- Conductas agresivas−autolesivas.
- Baja resistencia a la frustración.
- Alteraciones motoras (híper−hipo actividad).
- Epilepsia.
- Cambios bruscos de humor sin motivo aparente.
- Habilidades particulares.

Por los síntomas y características mencionadas anteriormente y en relación al procesamiento de la información específicamente, se entiende que hay un déficit relacionado con lo que se ha llamado la "coherencia central", competencia que permitiría dar significado a situaciones, teniendo en cuenta datos anteriores o el contexto donde se producen, la afección en esta capacidad explicaría que, en las personas dentro del espectro, se vea limitada la percepción y comprensión del mundo que los rodea. Así un desarrollo alterado de la denominada coherencia central, limitará la percepción del mundo que los rodea y disminuirá también la capacidad para entender los pensamientos, las emociones y las intenciones de los demás. Este déficit neurocognitivo es a la vez perceptivo (la persona no entiende lo que percibe) y ejecutivo (falta de capacidad para organizar y planificar respuestas y actuaciones psicomotoras intencionales). Esto explicaría por qué dichas personas, con objeto de eludir un entorno social incomprensible, perseveren en actividades restringidas y repetitivas.

Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) establecieron la hipótesis de que las personas con autismo no tienen una teoría de la mente, esto es, la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas (sus pensamientos, creencias, emociones, deseos, intenciones) y de usar esta información para relacionarse con ellas, encontrar sentido a sus comportamientos y predecir lo que harían a continuación. Esto traería aparejado la dificultad para poder predecir ciertas situaciones, principalmente sociales. El mundo de los objetos suele ser más estable, mayormente predecible y por tanto más elegible que el mundo social.

Riviere (2001) considera que tal vez su dificultad para entender las relaciones sociales está dada por el hecho de que las relaciones son inherentemente versátiles, flexibles, cambiantes, la relación social implica una flexibilidad mayor que cualquier otro dominio mental. Estas son algunas de las razones por las que las personas con autismo sostendrían, para eludir un entorno social incomprensible, actividades restringidas y repetitivas, en donde pueden controlar una parte de su mundo. Peeters Theo (1998) considera que los comportamientos repetitivos, estereotipados, obsesivos, pueden ser un obstáculo en el progreso educacional, pero algunas veces pueden ser la única defensa posible que tienen contra la sobrecarga cognitiva y social en el ambiente, una forma de autoprotección. Resulta ineludible conocer estos mecanismos subyacentes, a todos aquellos que estén involucrados en compartir su vida, educar y dar tratamiento a estas personas.

2.5 TEA y Acompañamiento Terapéutico

En los últimos años se han realizado avances significativos en dicha problemática, es así que, al momento de establecer un nexo entre el autismo y el AT, se cita como base

nuevamente las palabras de Riviere (1996), quien planteaba priorizar un modelo de intervención basado en la comprensión profunda de las características psicológicas de las personas con autismo, en el que se considerara la comunicación como núcleo esencial del desarrollo. El estilo es más pragmático, se acentúan los objetivos funcionales y la necesidad de intervenir en contextos naturales de interacción y, sobre todo, se muestra más respetuoso con los recursos y capacidades de las personas autistas.

Es en estos "contextos naturales de interacción" donde las personas con autismo requieren del AT para que los acompañen y es por esto que resulta necesario salir de los consultorios y las instituciones educativas si se quiere realmente ayudarlos. Los autistas entre sus dificultades, presentan una complejidad que es uno de los principales desafíos, la dificultad a la hora de generalizar, de trasladar los aprendizajes. Muchas veces lo que aprenden con una maestra no pueden hacerlo luego con otra persona o que lo que aprenden en su hogar no pueden llevarlo a cabo en la escuela o la calle. Sabido esto, continuar insistiendo en los consultorios hablaría de una actitud rígida y fundamentalmente desconsiderada de parte de quienes pretenden ayudar a las personas con autismo.

En este tipo de abordaje el AT es la persona que acompaña al niño o joven a diferentes espacios sociales, favoreciendo su integración, trabajando el desarrollo de habilidades *in situ*. Se lo considera por esto una pieza fundamental dentro de un equipo. A través de él se plantean los objetivos de integración lúdica en grupos de pares (plazas, clubes, etc.) de integración en escuelas, talleres protegidos, en desplazamientos por la ciudad y demás.

En el comienzo de todo acompañamiento, el primer desafío es el establecimiento de un vínculo, cuestión y cimiento fundamental para la relación posterior. García Coto (2004) menciona que en las personas con autismo sus vínculos estarán mediados por la seguridad que la persona le provee en cuanto a sus propuestas y respuesta, preferirá las relaciones previsibles, las que posee con aquellas personas que lo conocen y actúan con el de acuerdo a ciertas pautas en general fijas, estos vínculos no serán menos afectivos que los de cualquier otro niño, solo que mantendrán una fijeza e invariabilidad que les permitirá anticipar y disfrutar, sin temor a imprevistos, las rutinas que con cada uno conoce.

Resulta favorable el acercamiento mediante objetos o actividades que sean de su preferencia, brindándole seguridad a partir de ser previsibles y principalmente confiables, esto no significa realizar siempre lo mismo sino a comenzar con pocas actividades (que sean motivantes para los acompañados), para poder de esta manera anticiparles qué es lo que se realizará en conjunto y por supuesto cumplir con lo pautado.

Si el equipo ya estuviera funcionando, es recomendable que el AT se incorpore progresivamente con las horas de observación que sean necesarias en cada caso. Anteriormente a salir a espacios públicos se sugiere observarlo interactuar con las diferentes personas significativas, para adquirir información sobre cómo suele comportarse en diferentes contextos y circunstancias, y así intentar prevenir situaciones peligrosas o desagradables, y además para poder obtener recursos con los cuales intervenir apropiadamente. Para tal fin se recomienda indagar a familiares, docentes o terapeutas, que proporcionarán además recursos para afrontar diversas situaciones. Al respecto es válido tener en cuenta que las personas autistas suelen dar sus propias significaciones idiosincrásicas a las experiencias.

A su vez, más allá de los recaudos que se tomen y de las medidas preventivas, en distintas situaciones es probable que puedan sobrevenir momentos de crisis, de distinta magnitud y por diversos motivos. Con respecto a la búsqueda de información, ya sea de padres o personas significativas, es valioso lo que ellos puedan aportar respecto de objetos, lugares, canciones, frases, actividades, una innumerable cantidad de recursos con los que se pueda ayudar a los acompañados a recuperar la calma o a afrontar situaciones que lo desborden.

Las personas con autismo frecuentemente tienen que ser protegidas contra lo que para ellos sería un exceso de estimulación social o sensorial. Esto debe tenerse en cuenta al momento de pensar en las salidas a lugares públicos. Es importante conocer y respetar lo que la persona puede tolerar. Según Riviere (2001) cuanto más se les ayude a anticipar mediante diferentes métodos visuales (paneles, pictogramas, álbumes, entre otros), se tornará más favorable su desarrollo en la vida diaria.

Por estos motivos las personas con autismo, necesitan ver el comienzo, la duración, el final y la transición de las actividades. Sería de gran ayuda hacer del tiempo algo concreto, audible, visible. En principio un horario es quizás, simplemente aprender a reconocer la secuencia predictiva entre dos actividades, una a continuación de la otra, para registrar un orden en las cosas, para divisar que sus vidas no están dictadas por el azar. Intentar presentar la información abstracta de manera concreta, convertir lo invisible y superficial en algo perceptible y duradero. Es importante propender al mayor grado de independencia posible pensando en las estrategias anticipatorias. Se tendrá en cuenta la capacidad de la persona para la elección de los símbolos. Pueden usarse objetos concretos, imágenes o palabras si pueden acceder a ellas.

Con frecuencia suelen utilizarse paneles fijos o álbumes con imágenes que le marcan la secuencia de lo que se realizará en el encuentro, esto les resulta muy útil a la hora de moverse en diferentes ámbitos sociales donde suelen enfrentarse con información excesiva (para su modo de percibir la realidad) y les ayuda a poner un poco de orden frente al tumulto de estímulos. Si no se tiene claro su forma de procesar la información, las personas autistas se sentirán confusas, intentarán evitar situaciones sociales o se expresarán mediante conductas inadecuadas.

Es nodal conocer que las personas con autismo tienen mayor facilidad para desenvolverse con información visual (claves visuales) que con información verbal. Ventoso (1997) refiere que las representaciones analógicas de la realidad cobran especial valor por la facilidad de su procesamiento frente a otras modalidades y tipos de representaciones, y por el interés (debido posiblemente a que son comprendidas) que los autistas muestran hacia éste tipo de material.

Puede decirse que son pensadores visuales, las personas que no presentan las dificultades del TEA poseen un lenguaje interno que les permite organizar los pensamientos y acciones con palabras, en cambio las personas con autismo necesitan ver lo que se espera de ellos para poder comprender las situaciones y organizar su acción.

Según Bustos y Frank (2011) se les debería brindar información concreta, fácilmente perceptible, generalmente de modo visual, principalmente previo a la transición entre diversas actividades. Las claves visuales ayudan a las personas con autismo a:

- Comprender (Tipo de Información).
- Estar más calmo (Anticipación).
- Aprender mejor (Focalizar la información relevante).
- Lograr mayor independencia (Auto-organizarse y comunicarse).
- Direccionar su conducta (Le brinda información sobre cómo resolver situaciones).

Se deduce de lo expuesto hasta aquí, que estas personas realizan invalorables esfuerzos para convivir dentro de un mundo social, donde la palabra es el principal medio de comunicación y la constante es la espontaneidad y versatilidad en las relaciones humanas. Al hacerles la vida previsible los ayuda a ordenarse, de lo contrario su mundo mental suele ser caótico y tienen que recurrir a rituales y estereotipias para poner un orden externo a éste caos. Se ha aproximado a comprender su forma de percibir la realidad, a pesar de esto, no se debería continuar ahora sin realizar un esfuerzo para comprenderlos mejor, para que puedan

comprender a las personas que los rodean y así modificar lo que sea necesario para acercar estos mundos, a la hora de emprender la tarea de acompañarlos.

Relacionarse con una persona con autismo no es fácil, da la sensación de que se debe saltar un muro para llegar a ellos. La realidad es percibida por éstas personas como una masa de estímulos, se piensa que muchos de éstos se les imponen como vivencias fragmentadas que no logran integrar con el fin de una interpretación, el desafío debe ser entonces presentar esta realidad de forma tal que puedan procesarla, es imprescindible conocer tanto sus dificultades como sus fortalezas para abrir puertas en ése muro, muro que quizá permanezca de por vida, no obstante si se logran aberturas, se les posibilitará vivir en un mundo compartido.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación propone un estudio de carácter descriptivo-exploratorio, desde un enfoque cualitativo, cuyos objetivos son:

3.2 Objetivo General

Conocer, describir y analizar cómo utilizan el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico los psicólogos que trabajan con pacientes con TGD y Espectro Autista, en la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos particulares

1) Indagar la concepción que tienen los psicólogos acerca del rol del Acompañante Terapéutico incluyendo tanto sus funciones como ámbitos de inserción.
2) Explorar las razones por las cuales los psicólogos deciden incluir en su modalidad de trabajo, el recurso del Acompañamiento Terapéutico para el tratamiento de pacientes con TGD y Espectro Autista.
3) Analizar los objetivos del Acompañamiento Terapéutico dentro de un equipo interdisciplinario.

3.3 Muestreo/ participantes

La muestra estuvo conformada por un total de 10 profesionales psicólogos y fue seleccionada luego de un relevamiento institucional, tomando en cuenta aquellos que cumplían con los requisitos establecidos en el objetivo general de la presente investigación, incluyendo así a psicólogos con especialización en TGD y TEA, que a su vez hayan incorporado el dispositivo de AT en algún momento de su ejercicio profesional en pacientes con dichas características.

Previamente a las entrevistas, se consignaron datos sobre la edad de los entrevistados, sexo, orientación clínica y años de ejercicio profesional.

Teniendo en cuenta a los 10 profesionales de la muestra, 8 de ellos de sexo femenino y 2 de sexo masculino, todos trabajan con una orientación clínica Cognitivo- Conductual, asimismo 4 de ellos cuentan con especialización en orientación Sistémica.

El rango de edad de los mismos varía de los 27 hasta los 52 años. Es así que los años de ejercicio también varían entre los 2 y 20 años de trabajo profesional.

La participación en el estudio fue voluntaria y bajo consentimiento informado.

3.4 Instrumento

Se utilizó como instrumento de indagación entrevistas semi-dirigidas. Las mismas fueron organizadas en base a los objetivos de la presente investigación, intentando indagar acerca de la concepción que tienen los psicólogos sobre el rol del Acompañante Terapéutico, los ámbitos de inserción, funciones, razones por las cuales incluyen el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el tratamiento de pacientes con TGD y TEA, así como también los objetivos a los que arriban a la hora de incluirlo dentro del equipo interdisciplinario.

3.5 Procedimiento

El relevamiento de datos se realizó en una primera etapa, identificando las instituciones privadas de salud en la ciudad de Mar del Plata y que contaran a su vez con servicio de salud mental. Para ello, se acudió al comité de investigación y docencia del área salud por medio de la Secretaría de Salud de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. Fueron alrededor de 20 instituciones a las cuales se realizó la consulta, entre ellas centros especializados en TGD y TEA, clínicas y sanatorios, escuelas de educación inicial y primaria, y centros de formación de Acompañamiento Terapéutico. Así mismo, se contó con la colaboración de docentes de la UNMDP, quienes brindaron información acerca de profesionales que reunieran las características para poder ser entrevistados.

Posteriormente, y una vez obtenido los datos necesarios, se contactó a profesionales psicólogos tanto en forma directa como telefónicamente, donde se coordinaron días y horarios para la realización de las entrevistas. Por último, se acudió personalmente a las instituciones donde se encontraban trabajando los profesionales a fin de realizar las entrevistas pautadas.

3.6 Registro de la información

El registro de la información fue realizado mediante entrevistas semidirigidas, las cuales fueron grabadas con el consentimiento de cada uno de los profesionales, que posteriormente fueron desgravadas a formato de texto, con la finalidad de obtener una información más precisa al momento de analizar las mismas.

3.7 Unidad de análisis

La unidad de análisis fue el contenido discursivo de las entrevistas realizadas a cada profesional psicólogo que compuso la muestra.

4. RESULTADOS

4.1 Objetivo 1:

Indagar la concepción que tienen los psicólogos acerca del rol del Acompañante Terapéutico incluyendo tanto sus funciones como ámbitos de inserción.

Para abordar este objetivo se plantearon concretamente dos preguntas, indagando la noción que tienen los psicólogos acerca del rol del AT y de las funciones del mismo, las cuales son: ¿Cuál cree que es el rol del Acompañamiento Terapéutico? ¿Cuáles son a su criterio las funciones del AT? Los profesionales respondieron a estas preguntas haciendo referencia a los ámbitos de inserción del A.T, por lo que no fue necesario hacer una pregunta explicita acerca de los mismos. A pesar de haber contado con ejes y preguntas preestablecidas a indagar, las entrevistas en su cualidad de semi-dirigidas, permitieron mayor flexibilidad y plasticidad en el momento de su administración, es así que particularmente esta cuestión se fue desarrollando en el trascurso del diálogo con el profesional entrevistado.

Todos los profesionales coincidieron en que es fundamental encuadrar tanto sus límites como competencias respecto a otros profesionales. A pesar de esto, seis psicólogos coincidieron en que el rol del AT es una extensión del espacio terapéutico llevado al contexto natural y cotidianeidad del paciente. Solo dos psicólogos coincidieron en que el rol tiene que ver con ser un auxiliar de los profesionales de la salud y el resto confundió la definición del rol con las funciones propias del AT.

Con respecto a los ámbitos de inserción se hizo referencia principalmente al área clínica y educativa, por tomar como referencia casos propios y estar inmersos en dichos ámbitos, aunque también se mencionó en menor medida la atención ambulatoria y domiciliaria.

> *"hay distintos ámbitos, un poco depende de eso, pero yo la mayoría que tengo de los nenes con TEA, o bien asisten al colegio o bien un poquito en casa, la idea tanto en el colegio como en casa uno lo que intenta es que sea un poco un puente entre ese ámbito y el ámbito de consultorio. De esta manera poder generalizar lo que se va trabajando desde el consultorio. En lo que tiene que ver con la escuela, bueno depende también de cada niño, pero están los chicos que necesitan una ayuda masiva y están los que necesitan un acompañamiento mucho más de lejos digamos, así que eso también un poquito varia […] Tratar de optimizar un poco lo que uno trabaja en el consultorio, que es un ámbito totalmente distinto y mucho más cuidado en estímulos, es un uno a uno. O sea,*

hay un montón de variables que uno puede manejar y en el cole no". (entrevista 8, 0:15)

Los psicólogos entrevistados hicieron hincapié, en mayor medida, a que las funciones del AT están relacionadas con ser una extensión del espacio terapéutico llevado al contexto natural y cotidianeidad del paciente. También es un soporte de los padres, debido a que le permite utilizar técnicas y recursos que se están trabajando en el consultorio y obtener también información intrafamiliar que no se accede en el consultorio observando al paciente una o dos horas por semana. Esto puede relacionarse directamente con las funciones del AT que plantean Kuras de Mauer y Resnizky (2003) haciendo referencia a que el dispositivo habilita un especio para pensar el vínculo mediante intercambio comunicacional con el paciente, orientando a su vez en el espacio social creando un puente con el entorno que lo rodea y trabajando en la trama familiar. El AT para las autoras, aporta una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente, disponiendo de información sobre su modo de transitar en los diversos ámbitos, los vínculos que mantiene y las emociones que lo dominan. Todo ello contribuirá a una mejor evaluación de las alternativas a la hora de trazar una estrategia clínica, tal es así como lo visualizan los profesionales entrevistados. Los mismos, a su vez, consideran al AT un facilitador que provee asistencia, ofreciendo alternativas de comunicación y habilidades sociales con la finalidad de mejorar las relaciones vinculares y la comprensión de lo que sucede a su alrededor, brindando herramientas para la interacción con el otro y trabajando hábitos tanto dentro del aula escolar como en los diferentes contextos del paciente. Según los entrevistados, el AT acompaña, observa, sostiene y contiene física y emocionalmente al paciente durante el tratamiento, generando autonomía y no dependencia. Kuras de Mauer y Resnizky (2003) refieren a estas funciones como la capacidad del AT de contener al paciente y a su familia ofreciéndose como sostén, y también como referente, favoreciendo el intercambio con el medio social, presenciando los lugares donde el paciente frecuenta.

Otras funciones que también fueron mencionadas en las entrevistas realizadas, aunque en menor medida, pero no menos importantes, tiene que ver con ayudar a la autorregulación emocional, cognitiva y comportamental del paciente, por medio de la estructuración de rutinas de la vida cotidiana, siendo un anticipador de conductas y de actividades. Considerando los aportes de Kuras de Mauer y Resnizky (2003) esto se puede relacionar con la función de potenciar y desarrollar la capacidad creativa del paciente que proponen las autoras, debido a que apoya en lo anímico y lo concreto a la realización de las actividades que se estructuren con el paciente, favoreciendo adaptación a las mismas. Ayudar a reinvestir en función del grado de vulnerabilidad planteado por las autoras, también tiene que ver con que el AT se

ofrece a la manera de un organizador psíquico, cuando el paciente no es capaz de hacerlo por sí mismo, en el momento en que deben anticiparse conductas o situaciones así como lo indican los profesionales entrevistados.

A modo de ejemplo, se pueden reconocer los siguientes pasajes de las entrevistas:

"Todo lo que sea autorregulación emocional y comportamental, en principio, también me parece que es para evaluar un montón de aspectos de las instituciones, de las familias y demás, que quedan en segundo plano y se esconden detrás del diagnóstico del chico, la mirada ahí in situ a mí me sirve para evaluar". (entrevista 3, 2:45)

"Contener al paciente, ayudarlo a poder realizar aquellas actividades que por ahora solo no puede, pero a modo de prótesis, como si fuese un bastón momentáneo no generando una dependencia, que lo ayude en generar su autonomía, sobretodo más porque esta población en las personas que tiene autismo, es necesario que puedan autovalerse, que puedan manejar sus relaciones vinculares, su comunicación, la comprensión de lo que está sucediendo. A veces funcionan como si estuvieran traduciendo lo que pasa, como un intermediario entre el mundo social". (entrevista 4, 0:35)

"Poder como adaptar las actividades que se estén dando en el aula a las particularidades de cada chico, en TEA específicamente anticipar un poco cuales son las situaciones, que es lo que va a suceder, como para poder generar una conducta un poco más flexible y anticipada". (entrevista 2, 1:20)

4.2 Objetivo 2:

Explorar las razones por las cuales los psicólogos deciden incluir en su modalidad de trabajo, el recurso del Acompañamiento Terapéutico para el tratamiento de pacientes con TGD y Espectro Autista.

Los profesionales en su mayoría coincidieron en las razones por las cuales deciden incluir el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el tratamiento de pacientes con TGD y TEA, respondiendo que al ser un auxiliar de la salud mental, se puede generalizar la labor terapéutica, extendiendo y aplicando el tratamiento de la terapia a los distintos ámbitos del paciente y que no quede limitado y restringido dentro del consultorio. Que el tratamiento pueda estructurarse en el día a día.

En relación al pedido del AT, los entrevistados hicieron referencia a que generalmente el mismo es solicitado desde la escuela o directamente por ellos mismos al percibir como

psicólogos que el niño necesita un Acompañamiento Terapéutico, con el objetivo de que pueda desenvolverse en el ámbito educativo o porque los padres o quienes se encuentren a cargo del paciente no cuenten con los recursos suficientes para apoyar el proceso terapéutico.

> *"generalmente yo uso el Acompañamiento Terapéutico cuando está pedido por mi desde el tema de ser un soporte para que pueda acordarse y hacer bien la técnica o usar bien el recurso que estemos trabajando como un soporte, porque el chico por su propia rigidez o por su propio desborde en determinados momentos no puede ponerlo en práctica". (entrevista 3, 1:00)*

Muchos profesionales comentan la necesidad de incluir este dispositivo, justamente por la necesidad de un andamiaje constante, debido a la dificultad en la atención que tienen estos pacientes. Es fundamental la redirección de la atención del paciente para disminuir las alteraciones de la conducta en el aula y trabajar también así la baja tolerancia a la frustración mediante la regulación de la reacción emocional.

Comentan que el AT puede acceder directamente al campo de acción del paciente y de este modo ayudarlo a acceder a las actividades y al aprendizaje, anticipando conductas por medio de utilización de agendas visuales o pictogramas, conteniendo emocionalmente ante situaciones de crisis, siendo un intermediario y/o traductor entre el medio social y el paciente.

> *"Sobre todo para que puedan adaptarse a situaciones escolares, que es lo que implica relacionarse socialmente, que generalmente tienen dificultades, suelen tener dificultades también en… tienen baja tolerancia a la frustración, con lo cual el Acompañante Terapéutico puede regular la regulación emocional y en ese sentido suelen sostener, la idea es que empiece con una presencia bastante fuerte al principio y después pueda ir corriéndose". (entrevista 5, 2:35)*

A su vez, también incluyen dicho dispositivo de manera ambulatoria para poder estructurar rutinas y trabajar los hábitos, ayudando de este modo a generar la autonomía del paciente, mejorando la comunicación y la comprensión del mundo que lo rodea, con la ayuda de técnicas de refuerzo o mediante el modelado, intentando de este modo mejorar su calidad de vida.

4.3 Objetivo 3:

Analizar los objetivos del Acompañamiento Terapéutico dentro de un equipo interdisciplinario.

Todos los profesionales entrevistados consideran al AT parte del equipo y a su vez creen que no debería poder trabajar sin responder a un equipo y/o profesional a cargo del tratamiento, ya sea para supervisar su trabajo, así como también para evitar una sobre carga de responsabilidad, trabajando en la instalación de dicho dispositivo para cada caso en particular.

> *El AT siempre tiene que estar a cargo de un profesional. Puede que ese profesional sea un equipo de profesionales o puede que haya uno, a veces están a cargo de un psiquiatra, de un psicólogo, a veces de un psicopedagogo, depende de la función que está cubriendo. [...]En general sé que hay un montón de acompañamientos que lo están haciendo solos y me parece que es una sobrecarga de responsabilidad para el AT viendo un poco al azar que puede hacer y que no, tratar de solucionar los problemas solo. También sé que hay casos donde el AT funciona más como una dama de compañía. Muchas veces me pasa que cuando los cito y les voy pidiendo informes periódicos, se sorprenden de que los cito, o se sorprenden cuando les paso mi mail por cualquier consulta". (Entrevista 3, 3:55).*

Comentan que es una parte esencial del tratamiento, que posee información sumamente importante tanto del paciente, como de la familia y la dinámica entre ellos, debido a que se encuentra dentro del campo de acción.

> *"Totalmente, para mi es parte del equipo. Todas las personas, salvo la familia. Pero desde mi óptica, yo trabajo como si todos fuéramos un equipo. Esta el equipo interdisciplinario que es con el que yo trabajo hace muchos años, con la psicopedagoga, la terapista ocupacional, depende lo que se vaya necesitando en cada momento, esto por un lado. Pero después trato de que todos funcionemos como un equipo... la escuela, la escuela especial si hay integración, en donde todos seamos parte, todos podamos escucharnos y opinar, el AT es parte de ello y tiene información sumamente importante entonces no puede estar por fuera del equipo". (entrevista 9, 4:00)*

El Acompañamiento Terapéutico ocupa un espacio dentro de un equipo interdisciplinario, que posibilita articular aspectos de la vida diaria, en la cotidianeidad del paciente y actuando, por su presencia cercana al mismo, en situaciones de crisis o de riesgo en su entorno. Entendiendo que las personas con Autismo presentan dificultad a la hora de generalizar y trasladar lo aprendido, la inclusión del AT le permite al paciente sostener la continuidad del tratamiento por fuera del espacio clínico en el consultorio. Asimismo, los

psicólogos entrevistados hacen referencia a la importancia en la comunicación entre el AT y el equipo.

> *"Debería incorporarse más de lo que a veces se puede. Con el caso que tengo ahora, es bastante difícil que nos podamos reunir todos, lo hacemos cada tanto, pero por cuestiones de tiempo es bastante difícil y una forma que encontramos una forma que mediante un grupo de Facebook estamos nosotras cuatro del equipo y que en general la que más escribe es la AT que informa lo que va sucediendo con el paciente y nosotras le escribimos para darle pautas de como continuar. La comunicación es lo más importante. La inclusión del AT es importante para que el paciente pueda trabajar el relacionarse socialmente, que por lo general es en lo que más dificultad tienen". (Entrevista 5, 1:23).*

Es así que el abordaje del dispositivo en estos trastornos del desarrollo, dentro de un equipo interdisciplinario, se va a abocar especialmente a favorecer la integración en los diferentes espacios sociales del paciente.

> *"La idea es que se pueda generalizar lo que se trabaja acá y a su vez a nosotras nos enriquece un montón toda la información que venga de ellos. Porque, en definitiva, pasan más tiempo que nosotras con los chicos". (Entrevista 8, 4:50)*
>
> *"No pueden trabajar solos, son parte del equipo. Nosotras tratamos de que ellos cuando trabajan con nosotras que se sientan parte del equipo, pero bueno tratando de respetar ciertas cuestiones y que estén bien delimitados en su función y en su rol" (entrevista 1, 2:40)*
>
> *"Si, siempre. Siempre tienen que estar bajo supervisión de un profesional". (entrevista 7, 1:54)*

Que el AT se encuentre dentro de un equipo interdisciplinario ayuda también a su formación, todos los profesionales hicieron hincapié en que la formación del Acompañante Terapéutico actualmente es muy pobre y la responsabilidad que tiene es muy grande. Mismo también del profesional psicólogo, opinan que se reciben sabiendo muy poco acerca de estos trastornos. Al menos debería tener un aprendizaje básico en esta problemática en particular, pudiendo distinguir comportamientos, saber que esperar y que no del paciente, características específicas de este cuadro clínico y también tener conocimiento de técnicas y herramientas conductuales que, de no ser así, el AT puede tener dificultades a la hora de regular la conducta del paciente.

> *"Sinceramente creo que la formación del Acompañante Terapéutico es tristísima, por más que antes eran cursos que te dan un título ficticio porque*

no era real, ahora salió con la resolución del año pasado la tecnicatura de tres años […] la responsabilidad que tiene un acompañante para mi es mucha, esta muchas horas con un paciente y sería ideal que haya una especialización y tres pasos atrás, tendría que haber una buena base, me parece que es una carrera que se le… que claro es una carrera y que no se le está dando ese lugar". (entrevista 4,4:00)

Integrar al Acompañante Terapéutico dentro del equipo le otorga importancia también a la comunicación entre los distintos profesionales que se ocupan del tratamiento del paciente. Es así que de hecho mencionan que debería incluirse más de lo que se lo incluye, por medio de reuniones y de no ser posible, algunos psicólogos entrevistados mencionan la utilización de las redes sociales para comunicarse semanalmente.

5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

El Acompañamiento Terapéutico (AT) surge como una herramienta clínica con el objetivo de intentar subvertir los lineamientos del modelo manicomial, y si bien en la actualidad no existe a nivel nacional una ley que regularice el ejercicio profesional del AT, la Ley nacional de Salud Mental en su artículo 12º le da por primera vez entidad jurídica a esta actividad, y posteriormente la Resolución Ministerial 1014/14 de la provincia de Buenos Aires propone que la formación de ATs debería dictarse con un plan de estudios acordado por el Ministerio de Salud de la Provincia y la Dirección General de Cultura y Educación.

Al día de la fecha, se encuentra vigente un proyecto de ley que propone crear la figura del Acompañante Terapéutico de la salud en la Provincia de Buenos con el objetivo de regular la práctica profesional del mismo, otorgándole legitimación y acreditación formal.

Este dispositivo es una práctica que se ha desarrollado en Argentina desde hace aproximadamente medio siglo, con la finalidad de reducir posibles recaídas y hospitalizaciones, así como también ha demostrado ser una herramienta fundamental para la reinserción social en pacientes con padecimientos mentales. Este recurso permite asistir en situaciones de crisis, operando sobre el contexto habitual de la persona y en el ámbito social por fuera del tratamiento en consultorio y el espacio institucional.

Si bien es un recurso reconocido por todos los profesionales entrevistados, situándose como una práctica legitimada a nivel social, su formalización aún no se encuentra concretada. Muchos profesionales psicólogos del ámbito privado a nivel local, mostraron disconformidad en cuanto al programa de estudios vigente hasta el momento, haciendo mención a que el título y/o certificado “habilita” para trabajar con un amplio rango de edades y patologías, pero la formación teórica y práctica es muy pobre para la gran responsabilidad de su labor.

Se visualiza en la información recabada a través de las entrevistas, reforzando a su vez lo anteriormente investigado, a la concepción del Acompañante Terapéutico como un auxiliar de la salud, que hace posible la generalización de la labor terapéutica, extendiendo el tratamiento del proceso terapéutico a los distintos ámbitos del paciente en su contexto habitual y cotidianeidad, sin reducir su función al área clínica, sino ampliando sus esferas de intervención en los ámbitos educacionales y recreativos.

Por medio de la presente investigación, se pudo dar cuenta que el ámbito más frecuente de inserción del AT en relación a estas patologías en la localidad de Mar del Plata es el contexto educativo del paciente, así mismo y en menor medida, el ámbito domiciliario.

Es allí en el campo de acción, en el contexto habitual del paciente, donde se inserta el AT, funcionando como una extensión del espacio terapéutico y promoviendo herramientas para facilitar la interacción social, trabajando sobre los hábitos, rutinas y anticipando situaciones. El Acompañante Terapéutico sostiene emocional y físicamente al paciente durante el proceso, siendo un intermediario con su ambiente social.

Todos los profesionales entrevistados consideran que el AT debe incluirse dentro de un equipo interdisciplinario y que sería un error no hacerlo, ya que es una parte esencial del tratamiento. El Acompañante Terapéutico tiene una responsabilidad muy grande como para llevar adelante este trabajo por su propia cuenta y es por ello que deben plantearse y delimitarse los objetivos del dispositivo de antemano. Así mismo, los profesionales hicieron hincapié en la importancia del constante encuadre del rol, el AT debe conocer sus competencias y límites, así como también las competencias de las otras profesiones que trabajan con el paciente en cuestión.

Si bien los profesionales psicólogos fueron contactados por medio de un relevamiento en diferentes instituciones dentro del ámbito privado en la localidad de Mar del Plata, todos los participantes de la muestra ejercen su trabajo con una orientación clínica Cognitivo-Conductual y Sistémica. Este fue un gran obstáculo por el que atravesó la investigación, la poca variedad de orientaciones clínicas en el ejercicio de la profesión con pacientes con TGD y TEA. Es a raíz de esto, que se pudo dar cuenta que muy pocos profesionales psicólogos con orientación clínica psicoanalítica trabajan con esta problemática en particular y a su vez, incluyan el dispositivo de AT en su trabajo. Con respecto a esta cuestión, se considera que si bien el AT fue reconocido como herramienta o recurso necesario representando alternativas posibles para la extensión de los tratamientos en los consultorios, actualmente no cuenta con inclusión plena en los equipos o con el reconocimiento de todos los profesionales de la salud, respondiendo esto a la ausencia de una Ley Nacional de Acompañantes Terapéuticos que incorpore formalmente la práctica en tanto auxiliar técnico en salud mental.

Es posible concluir que su inserción se encuentra en un proceso lento de integración a las políticas de salud. Posibles líneas de investigación podrían extenderse sobre las incumbencias de los AT, su lugar como auxiliares en salud mental que actúan necesariamente como mediadores en el proceso de reinserción comunitaria y social, dentro del contexto actual. Asimismo, reconocer su práctica como una herramienta fundamental a la hora de abordar problemáticas de salud mental, siendo un sostén fundamental que complementa el tratamiento por fuera de los márgenes del consultorio.

Tomando como referencia las definiciones presentadas en esta investigación y lo anteriormente expuesto, acerca del rol del Acompañante Terapéutico como auxiliar de la salud mental, que hace posible la generalización de la labor terapéutica, extendiendo el tratamiento del proceso terapéutico a los distintos ámbitos del paciente en su contexto habitual y cotidianeidad, se puede pensar dicho rol como un recurso más, que complementa y enriquece el tratamiento con personas que padecen una problemática de estas características.

El presente estudio permite concluir sobre la especificidad de este recurso o herramienta cuyo escenario profesional representa la vida cotidiana de quienes son acompañados, constituyendo un eslabón fundamental hacia la integración social de los pacientes. Este “auxilio o ayuda” remite a la acción específica necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento que se dispone a brindarse como un semejante.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (5ta. ed.). Arlington: Autor. Recuperado de http://www.alansaludmental.com/dsm-5/

Asociación de Psiquiatras Argentinos (2016). *III foro Argentino de Acompañamiento Terapéutico*. Recuperado de http://apsa.org.ar/docs/foroat2016.pdf

Bauleo, A. (2010). *Demolición física y mental del manicomio*. III encuentro temático de psicólogos del Mercosur. Publicación de la Fe.P.R.A; Buenos Aires.

Bustos, G. & Frank, M. L. (2011). *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la Clínica, Inscripción Institucional. Autismo y Acompañamiento Terapéutico: Comprender para acompañar*. Buenos Aires: Dunken.

Chamorro, M. (2011). El trastorno del espectro autista: Intervención educativa. *Pedagogía Magna,* (3), 53-66. CFC

DSM-IV-TR (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales.* Barcelona: Masson.

Gadía, C.A. & Tuchman, R.F. (2003). Manejo de los niños con trastornos del espectro autista. Revista Neurología, 36 (2), 166-173.

Hidalgo, M.I. & Rodríguez, P.J. (2013). DSM-5. Manual diagnóstico de los trastornos mentales: últimas novedades. *Pediatría integral*, 17 (7). Extraído de http://www.pediatriaintegral.es/numerosanteriores/publicacion-2013-09/dsm-5-manualdiagnostico-y-estadisticode-los-trastornos-mentales-ultimas-novedade/

Iniciativa del senador Foglia (2016). En Agencia Nova. Noticias de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2016_6_19&id=51210&id_tiponota=4

Instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF) & Secretaría de Integración social (SISD). (2010). Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con autismo. Recuperado de http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/RecursosMultimedia/Publicaciones/Editoriales1/CARTILLA-AUTISMO-5.pdf

Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2003). *Acompañantes Terapéuticos: Actualización teórico clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.

Ley Nacional de Salud Mental Nº26657 (2010). Argentina: Boletín oficial de la República Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Manson, F.; Rossi, G.; Pulice, G. & otros. (2002). *Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.

Martinez, A. (2015). *Dispositivos terapéuticos en el campo de la salud mental: El rol del Acompañante Terapéutico en los tratamientos ambulatorios.* (Investigación de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata.

Pulice, G., Rossi, G. (1997). *Acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.

Rossi, G. (s.f). *Asistencia, Docencia e Investigación en Acompañamiento Terapéutico*. Recuperado de http://www.actoterapeutico.com.ar/docencia.php

Rossi, G. (2003). *Historia del Acompañamiento Terapéutico: movimientos sociales y en Salud Mental en Argentina de los años '60, y surgimiento de esta práctica*. Buenos Aires: Conferencia inédita.

Rossi, G. (2010). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.

Universidad Autónoma de Entre Ríos (2016). *Jornada de Acompañante Terapéutico: formación y regulación de la práctica.* Recuperado de http://fhaycs-uader.edu.ar/home/134-novedades-sec-academica/4777-jornada-acompanante-terapeutico-formacion-y-regulacion-de-la-practica