

ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

MÓDULO 1. CLASE 2
Encuadre de Trabajo.

PSI Integral en convenio con el Centro PsicoSocial Argentino

Docente: Lic Mariana Yuvone, Mgt

MÓDULO 1. CLASE 2

Encuadre de Trabajo.

Encuadre de trabajo

Especie de convenio claro y específico con quienes requieran el servicio de un acompañante terapéutico. Se establecerá según las características del acompañado, la patología y las directivas del equipo tratante.

Función del encuadre

- ✓ Mantener la tarea dentro de los límites que supone la misma.
- ✓ Organizar la tarea del A.T.
- ✓ Establecer claramente los objetivos del acompañamiento
- ✓ Establecer los roles A.T-Acompañado.
- ✓ Evitar malos entendidos o dobles discursos.

El encuadre determina lo que se mantiene constante en el proceso terapéutico.

¿Qué establece el ENCUADRE?

- ✓ Los objetivos del acompañamiento.
- ✓ La cantidad de horas de cada encuentro.
- ✓ La frecuencia de los encuentros.
- ✓ Los honorarios.
- ✓ Los horarios.

Algunos aspectos técnicos del AT:

Cuaderno de información: Se puede decir que es algo similar a lo que sería la “historia clínica” del acompañado, en donde consta toda la actividad que se realiza con el paciente, el horario, los días, las dificultades y/o los adelantos logrados, etc. En este cuaderno o en cualquier otro tipo de registro debería constar:

- a. Encuadre y Modificaciones del mismo.
- b. Actividades.
- c. Actitudes.
- d. Características del vínculo.
- e. Dificultades del paciente y del A.T
- f. Observaciones
- g. Registro interno (transferencia y contratransferencia; y la relación con el entorno del acompañado)
- h. (Se sugiere breve informe escrito después de cada encuentro con el paciente)

Supervisión del caso con el A.T:

- ✓ Debe constar en el encuadre (frecuencia).
- ✓ Puede ser realizada por otro A.T de mayor experiencia que integre el equipo y conozca el caso.
- ✓ Es necesaria, aunque nos sintamos seguros de la tarea (siempre hay distintas perspectivas ante una misma situación).

El acompañamiento en la infancia, un dispositivo acorde a la situación del niño y su familia

Es una intervención personalizada que se desarrolla en el medio familiar, social o educativo del niño, así como en el marco de las instituciones asistenciales, con objetivos delineados y orientados en una estrategia de trabajo en equipo.

El AT posibilita un seguimiento y una asistencia cotidiana en los ámbitos donde el niño requiere de la ayuda cercana de un otro o el sostén de un adulto extra-familiar en determinados momentos del desarrollo, frente a obstáculos que no llegan a superarse.

Lo habitual es que en estos casos de acompañamiento se atiendan a niños con perturbaciones psíquicas severas, como casos de debilidad mental, autismo, psicosis infantil, TEA o TGD, y problemáticas asociadas a enfermedades neurológico-psiquiátricas. También es común que se lo solicite cuando hay niños con problemáticas físicas, que tienen una particular dificultad en la organización de la familia, que puede afectar la trama vincular entre los miembros.

En el ambiente escolar, sucede que la atención dada por los docentes no permita que el niño acceda a una integración apropiada en el proceso educativo. El AT trabajara su desenvolvimiento en las actividades tendientes al aprendizaje, favoreciendo tanto el vínculo con los otros niños, como con el docente a cargo.

Existe un acompañamiento destinado a niños y adolescentes que se encuentren en hogares por una situación de vulnerabilidad social, situación de calle por haber padecido abuso o encontrarse con problemáticas socio-familiares. Se buscará la restitución de derechos de estos niños, algunos vienen de una historia de muchos

años como chicos de la calle, otros arrastran estructuras familiares donde la precariedad y marginación tiene varias generaciones. El nexo con el afuera, la re vinculación con sus familias, y el acompañar los procesos de egreso institucional son tareas del AT.

Tres ámbitos del acompañamiento terapéutico con niños y adolescentes:

- 1- Solicitado desde un marco institucional asistencial (centro de día, hospital o clínica). Se trabaja individual o en grupo.
- 2- Traslados y actividades en espacios de la ciudad “de la institución al espacio público”.
- 3- Actividades creativas.

Las instituciones pueden estar orientadas a objetivos educativos o recreativos o terapéuticos. Para trabajar como mediador facilitando el vínculo con el niño y los otros, o trabajar en salidas puntuales para realizar inclusión recreativa o educativa, o para asistir a una consulta médica visitas especiales a familiares, se aborda lo referente a la búsqueda de actividades que respondan a sus gustos y posibilidades en ese momento.

Solicitado sin un ámbito institucional: indicado por una terapeuta, amplía el espacio y el tiempo e la tarea terapéutica. Intervención en el contexto familiar. Actividades sociales y recreativas de la casa al espacio público o traslados. Contratado por la familia.

Si se contacta directamente con la familia, hay que indagar acerca de la asistencia profesional que recibe el niño, para entrar en comunicación. Y si el niño no está en

tratamiento, será conveniente recurrir a un profesional para una interconsulta de manera de enmarcar los límites de intervención del acompañante, evitando generar expectativas confusas y distorsiones en su tarea.

En el ámbito educativo: jardín de infantes, preescolar o primarios grados. Participar en integración escolar en escuela común o especial. Concorre en los horarios de clase varios días a la semana. Se articula con la directora, el equipo técnico y la maestra. Se indica en: perturbaciones psíquicas, todo, retardo madurativo, debilidad mental leve, fobias escolares severas, fracasos reiterados en la integración escolar, dificultades relevantes en la adaptación social y en el control de impulsos.

La tarea es la integración al grupo y abordar las cuestiones de sus posibilidades de aprendizaje. A veces es un alivio a la tarea del docente.

La integración con AT de manera complementaria al trabajo realizado por el gabinete profesional de la escuela es una experiencia que está en expansión para niños con dificultades significativas de aprendizaje asociados a problemáticas psicopatológicas.

El trabajo del AT se puede realizar con niños que presentan diferentes psicopatologías infanto juveniles tales como las del espectro autista. Asimismo, con niños que no presentan un diagnóstico de patología, pero en los que se observan dificultades tales como: relaciones con los pares, impulsividad, hiperactividad, angustia de separación, entre otros. La demanda del AT en niños es cada vez mayor y más amplia, constituyéndose el at como un recurso

terapéutico singular en el abordaje de niños.

Equipo terapéutico

El abordaje de pacientes graves, por la complejidad que presentan, siempre debe hacerse en equipo.

El AT siempre trabaja en equipo, así que va formar a parte del mismo. Dentro del equipo el At, entre otras cosas, debe Informar al equipo sobre el paciente (emociones, conducta, hábitos, vínculos, conductas, alimentación, sueño, higiene personal, etc.), es decir aporta datos esenciales de la vida cotidiana del mismo.

Los equipos terapéuticos que trabajan con niños pueden estar conformados por diversos profesionales como por ejemplo: At, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, kinesiólogos, psicomotricistas, profesores de educación especial, maestros integradores, enfermeros, terapistas ocupacionales, nutricionistas, fonoaudiólogas, trabajadores sociales, psicopedagogas, musicoterapeutas, entre otros.

El tipo y cantidad de profesionales que forman parte del equipo terapéutico debe estar armado según las necesidades del propio paciente. Remitiéndonos a la clase anterior, el abordaje de los pacientes graves siempre debe incluir el trabajo junto al entorno humano del niño.

Los equipos terapéuticos deben reunirse periódicamente para coordinar, evaluar, establecer objetivos, tácticas y estrategias de intervención, y supervisar el trabajo de los profesionales que participan del equipo.

En todo equipo existe un coordinador/a (es uno de los profesionales del mismo

equipo) que, valga la redundancia, coordina el encuentro y guía al equipo.

Es fundamental la cooperación y el intercambio de los profesionales que integran estos equipos para que funcionen como equipos interdisciplinarios. Los trabajadores del equipo deben saber que la razón de existencia del equipo es el paciente (los objetivos deben confeccionarse en base a este último).

El trabajo en equipo nos respalda, contiene, sostiene para trabajar en pos de nuestro objetivo: brindarle una mejor calidad de vida al paciente, promoviendo el desarrollo personal y la igualdad de oportunidades.

Transferencia y contratransferencia

Estos términos fueron postulados por Sigmund Freud (creador del psicoanálisis) en la clínica, es decir en el trabajo terapéutico. Se refieren al vínculo terapéutico. En especial, postula que los primeros vínculos (generalmente se dan en nuestro grupo primario, es decir en la familia) se repiten en todas las otras relaciones (también en la terapéutica), si bien esto puede obstaculizar el tratamiento también puede ayudar al desarrollo del mismo.

La transferencia designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes del paciente se actualizan (y repiten) sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación terapéutica.

Se trata de una repetición de prototipos infantiles (relación del sujeto con las figuras parentales, significativas de la infancia), vivida con un marcado sentimiento

de actualidad con la persona del AT.

La esencia de la transferencia es más temporal que afectiva; es el desplazamiento temporal de una escena del pasado, olvidada como pasado, y cuya insistencia en resurgir no es más que una forma de la compulsión a la repetición.

No obstante, la transferencia se abre a su vez a la emergencia de lo nuevo. Se trata del despliegue de la realidad psíquica del paciente -dimensión intrasubjetiva- en el vínculo paciente-At. En relación con este concepto, el encuentro denominado individual es siempre vincular, bipersonal, y el proceso terapéutico no es posible por fuera de tal relación (esto significa que los roles son fijos). Es necesaria la presencia del otro (paciente-At) para que el inconsciente se presentifique en este encuentro terapéutico de dos.

La consideración de la transferencia como eje del proceso terapéutico caracteriza y define como tal a la situación terapéutica desde un punto de vista psicoanalítico. Dicho eje supone tres conceptos, íntimamente articulados en la escena clínica: eje transferencia-resistencia-repetición, condición de producción del proceso psicoanalítico. En un comienzo la transferencia fue pensada como un obstáculo, y luego también como favorecedora del proceso terapéutico.

El obstáculo surge en parte porque el paciente sin darse cuenta (de forma inconsciente) nos trata como si fuésemos la madre, el padre, el hermano, un amigo, es decir nos corre de nuestro rol. Entonces el tratamiento también consiste en que se vaya dibujando nuestro rol (el cual como dijimos es inamovible).

Freud señala, además, dos dimensiones que se confrontan en el seno mismo de la

transferencia, vastamente consideradas a lo largo de la historia del psicoanálisis: una, en que ésta se pone al servicio de la resistencia (transferencia negativa: hostil y erótica), y en tal sentido deviene obstáculo en el curso del proceso analítico; otra, por la cual "es el terreno en el que debe obtenerse la victoria..." (transferencia positiva: tierna); y se convierte a la vez, a partir de intervenciones del AT, en el más potente instrumento terapéutico, motor del proceso.

También se denomina transferencia al conjunto de los fenómenos que constituyen la relación del paciente con el AT.

Se diferencian dos tipos de transferencia:

1- Transferencia Positiva (permite trabajar psicoterapéuticamente): se la denomina también "Tierna". Se suele dar cuando el paciente colabora con el tratamiento. Por más que no tenga "conciencia de enfermedad" (que le sucede algo) se "engancha" con el At. Acepta, cumple, colabora, se compromete con el tratamiento porque de alguna forma se da cuenta que le hace bien, que le sirve. No corre del rol al At, le tiene afecto, predomina el cariño y la ternura.

2- Transferencia Negativa (obstáculo para el trabajo psicoterapéutico): a su vez se subdivide en dos:

a. Erótica (incluye enamoramiento, idealización, sumisión y dependencia). El paciente se puede enamorar del At a nivel pareja, o también puede querer (explícita o implícitamente) que sea el padre, la madre, el hermano, o un amigo del paciente (corre de su rol al At). Generalmente el paciente idealiza al At y la distancia entre ellos se vuelve más asimétrica, también por ello el paciente comienza a

depender (de forma extrema) del At y lo demuestra con la sumisión (obediencia). El paciente suele hacer todo lo que cree que el At quiere que haga, para no perder su “amor”.

- b. Hostil** (agresiva). Cuando predomina este tipo de transferencia el paciente suele agredir al At, puede llegar a pegarle, insultarlo, negarse, o boicotear una actividad, se queda en silencio desafiante, se torna indiferente, y hasta a veces manipula al At haciendo lo que este quiera que haga, dejándolo satisfecho, pero el paciente simula, no se compromete.

Contratransferencia

Se la define como el conjunto de las reacciones afectivas conscientes o inconscientes, en este caso, del AT hacia su paciente, pueden jugar a favor o en contra (como obstáculo) del tratamiento terapéutico. Se instala en el AT por la influencia del paciente sobre la sensibilidad inconsciente del primero. En un tratamiento ningún AT va más allá de lo que sus propios complejos y resistencias se lo permiten. Por eso conviene que el At conozca sus complejos y resistencias a priori inconscientes. A partir de allí se ha impuesto por otra parte una de las cuestiones fundamentales del psicoanálisis: la necesidad de que el AT (como todo trabajador de salud) haga psicoterapia.

Algunos autores designan como contratransferencia todo aquello que, por parte de la personalidad del AT, puede intervenir en el tratamiento; otros, en cambio, limitan la contratransferencia a los procesos inconscientes que la transferencia del paciente provoca en el analista. Al igual que la transferencia, reconocemos la contratransferencia positiva (tierna) y la negativa (erótica y hostil).

Muchos AT confunden involucrarse terapéuticamente con la contratransferencia erótica, suponen que uno no se debe involucrar afectivamente con los pacientes.

En primer término, sería una dificultad muy grande que un AT no pueda conectarse con el propio sentir. *Todo vínculo es afectivo, también el vínculo terapéutico*. La cuestión aquí no es no sentir, o ser frío, sino qué hace el AT con lo que siente mientras está trabajando con el paciente. La propia psicoterapia del AT ayuda, entre otras cosas, a esto. Además, la propia psicoterapia del AT le sirve para darse cuenta (ser consciente) de qué cosas son de él y cuáles del paciente. De esta forma puede “disociarse instrumentalmente”, este concepto acuñado por Bleger (1964) significa una “*actitud clínica*” que le permita, por un lado, identificarse con los sucesos o personas, pero que, por el otro, le posibilite mantener con ellos una cierta distancia que haga que no se vea implicado de lleno en los sucesos que deben ser estudiados y que su rol específico no sea abandonado.

El AT debe jugar el rol que propone inconscientemente el paciente (por ejemplo, el rol paterno) pero no ser ese rol (no ser el padre). Además, la “disociación instrumental” permite establecer la “distancia óptima” con el paciente, se refiere también a la idea que tenemos que mantener el rol siempre que estamos frente a un paciente y también significa que para ello debemos poder manejar los propios afectos que se generan en el vínculo terapéutico. De esta forma el AT puede ser crítico y así poder observar y evaluar la interacción.

Acompañamiento terapéutico en la infancia

En términos generales, algunas funciones que podrían desempeñar los AT con

niños son:

- ✓ Propiciar la construcción y el sostenimiento de una red de contención social.
- ✓ Colaborar en la visibilización de la enfermedad, problema o trastorno que el niño presenta
- ✓ Apostar a la vida, a la potencialidad y las capacidades del paciente.
- ✓ Habilitar la socialización.
- ✓ Insistir en la constancia del vínculo para fortalecerlo y generar compromiso mutuo.
- ✓ Promover la Integración y la inclusión del paciente con su familia, con su grupo de pares y también con el resto de la sociedad. El intercambio con lo diferente enriquece a uno con el otro.
- ✓ Ayudar al paciente en su cotidianidad
- ✓ Promover el mayor grado de autonomía e independencia.
- ✓ Construir junto con el paciente un proyecto vital acorde a sus posibilidades
- ✓ Fomentar un vínculo terapéutico basado en la ternura (nunca en la lástima ni en la compasión, con las cuales se tiende a sobreproteger al paciente).
- ✓ Colaborar para liberar la "capacidad" creativa del paciente, favorecedora del desarrollo de la potencialidad.
- ✓ Continuar (según indicaciones) en el ámbito de lo cotidiano con el paciente y su entorno humano la tarea y objetivos terapéuticos de otros profesionales del equipo (psicólogo, psicomotricista, etc.)
- ✓ Guiar al paciente a encontrar sus propios intereses.
- ✓ Cooperar para que el paciente pueda tener y sostener espacios recreativos y tiempo libre (muchos pacientes suelen abrumarse debido a la agenda "abultada" de visitas a distintos profesionales e instituciones: escuelas comunes, escuelas especiales, centro de rehabilitación, etc.).

Abordaje

Es conveniente para el abordaje de niños que el AT dé consignas y/o arme algunas actividades simples, no ambiguas, que dé respuestas directas sin doble sentido, debe ir de lo general a lo particular, de un ritmo lento a otro más acelerado, de corta a larga duración, de lo simple a lo complejo. Complejizar quizá no sea necesario, o no se pueda, o recién se logre a largo plazo, es por ello que el AT debe tener paciencia y manejar su propia ansiedad.

Tener una disposición a escuchar más que a hablar. Permitir que el paciente se exprese (tener presente el lenguaje no verbal), no estimular sino intercambiar, para que el paciente sea lo más activo posible ante su situación.

Tolerar el silencio del paciente, sus pausas y sus tiempos, aunque el tiempo terapéutico se construye junto con el paciente, ninguno impone su tiempo al otro. Hablar constantemente puede abrumar al paciente (generalmente es una reacción contratransferencial que el AT debe hacer consciente).

La puntualidad y el cumplimiento de la tarea debe ser otra constante. Aunque algunos pacientes parezcan indiferentes y desconectados registran el acontecer.

Las actividades que se puedan realizar con un paciente deben ser planificadas por el AT con anticipación. Mientras se desarrolla la actividad hay que estar atentos si el paciente se está sobreexigiendo, incomodando en demasía, el AT tiene que ser capaz de reвер la situación para interrumpirla o modificarla. Incluso a veces el AT busca trabajar un objetivo y se abre otro, por ejemplo:

Un niño de 7 años de edad que tenía una distrofia muscular estaba expuesto a estudios médicos molestos, de extrema complejidad, muchas veces invasivos y

agresivos. Como AT es importante tener en cuenta las secuelas psíquicas de dichos estudios. Se observaba en este paciente un importante grado de desvitalización, experimentado como un trauma que viene desde afuera y lo arrasaba. Sus padres no permitían que su hijo llorase, ni gritara, ni protestara cuando le hacían estos estudios médicos.

Para trabajar la integración e inclusión familiar, la AT (quien trabajaba principalmente en el ámbito domiciliario del niño) propuso jugar a un juego de mesa (como técnica) que incluía al niño y su familia. Comienzan a jugar, y sin motivo aparente el niño comenzó a gritar, a protestar y a llorar expresando su dolor. La AT "contratransferencialmente" sintió que el niño estaba denunciando su situación, se animó a expresarla, luego de intentar en vano contenerla. Los padres se asombraron de la reacción de su hijo y principalmente se sorprendieron de que su hijo estuviera "vivo", sintiera y se expresara. El AT es solo el AT del paciente, pero como dijimos anteriormente, en su trabajo debe incluir al entorno humano del paciente.

Construyendo una escena lúdica, construyendo vínculos

Nuestra experiencia en niños con patologías graves nos permite distinguir dos etapas en el proceso de acompañamiento. Una etapa de acompañamiento individual o pre-acompañamiento y otra centrada en la integración social y el vínculo con el otro. En la primera etapa, el acompañante debe construir un vínculo con el acompañado, es decir, su cuerpo debe quedar expuesto a los juegos transferenciales del niño. En casos graves de Autismo y TGD, en donde el niño no juega, se torna necesario construir una escena lúdica que haga de puente entre el acompañante y el acompañado. En la mayoría de los casos el paciente trae

acciones repetitivas y estereotipadas que no apuntan a un objetivo determinado. Esta escena lúdica será la que le da forma a esas acciones, por ejemplo: el abrir y cerrar una puerta comienza a adquirir una forma de juego cuando hay un otro que signifique, proponga y dirija esa acción. El acompañante podrá situarse del otro lado de la puerta, golpearla, esperar a que le abran y dotar de un contexto a la acción mecánica que trae el paciente. Sin embargo, conviene aclarar que la construcción de la escena de juego debe ser dirigida por el equipo tratante y no recaer bajo las decisiones individuales del acompañante. En una segunda etapa, el acompañamiento deberá estar centrado en la integración social y el vínculo con el otro. El aspecto importante de esta etapa es el de los afectos transferenciales que se apropian del cuerpo del acompañante, propios de la construcción del vínculo entre el chico y el acompañante, tan necesario para el proceso terapéutico. Puede decirse que es condición excluyente que haya una tendencia de amor o cariño hacia el niño que se acompaña. Hay que construir un lugar con el niño para que luego él pueda desenvolverse en la sociedad.

El juego

La niñez es un momento fundamental en la vida de cualquier persona. El niño construye su mundo a partir del otro, quien le otorga un lugar, una identidad. Y es el jugar el que posibilita la constitución subjetiva. El juego construye subjetividad y ayuda al niño a elaborar sus angustias, sus miedos, sus diversas formas de procesar tanto a lo que acontece en su mundo interno como lo que sucede en su ambiente. Juego que también tiene que ver con el placer. Un niño que requiere de transitar por el dispositivo de acompañamiento terapéutico es un niño que está excluido del mundo de los niños. El juego es fundamental y es un derecho de la infancia. Pero al pensar el acompañamiento con chicos es inevitable pensar el

acompañamiento a los padres quienes en su mayoría concurren al especialista porque su hijo no habla o porque tuvo una crisis muy fuerte. Padres que se sienten culpables por lo que les sucede a sus hijos, padres que no saben qué hacer y depositan sus angustias y esperanzas en el equipo de profesionales. El acompañamiento no es un dispositivo que quede por fuera sino, al contrario, el acompañante que venga a representar a dicha función será una de las personas que más trato tenga con el niño. Quien con el pasar de los días conocerá sus ansiedades, sus fortalezas, sus miedos. Conocerá aquella niñez oculta bajo el velo del padecimiento mental. Por eso mismo, se hará depositario de honor también de aquello que sienten los padres respecto al tratamiento y a la problemática en cuestión. Podrán sentir sus rechazos, sus sentimientos de culpas, sus esperanzas. Serán los testigos de la mortificación de los padres frente al padecer de su hijo, frente a la incógnita de qué es lo que le sucede y por sobre todo al ver que su hijo está por fuera de lo que es esperable en un niño. Su propia herida narcisista. Un niño corre, salta, se lastima, llora, se levanta, vuelve a correr, demanda, te abraza, te sonríe, te mira... los chicos con patologías severas crónicas no. Un no tan rotundo y pesado que hace eco en los padres... en sus padres. La persona que encara el rol de acompañante será el responsable de acompañar, valga la redundancia, al niño en sus angustias al incluirse socialmente con otros niños. Al fomentar su juego y así poder construir su autoestima, su ser. El niño se constituye con el otro, en su juego. Pero no solo constituye su identidad, sino que también aprende a ser sujeto, a ser una persona en sociedad. El niño potenciará su desarrollo con la ayuda del otro. Y es importante tener en cuenta que en los juegos de equipo entiende la importancia del vínculo para llevar adelante tareas que sólo no podría hacer. El niño tiene derecho a jugar con otros niños, a tener amigos y concurrir a espacios propios de la infancia. El acompañamiento viene a brindar este soporte positivo para que esto se lleve adelante con éxito. Y el

acompañante brinda su subjetividad, su cuerpo, para que esto sea posible.