



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO
Y LIMITACIONES NEUROMOTORAS**

**POLLIO, SABRINA
Nº DNI 29636226**

TUTOR

Lic. GUSTAVO SILVA

**ROSARIO
JULIO 2023**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sabrina Pollio', is positioned above the printed name and title.

Sabrina Pollio
AT. TUTORA
Esp. Inclusión Educativa
Lic. Trabajo Social
Nº de Reg. 12329 U/NC

Antes que nada, agradezco.

Al actual director de la Tecnicatura en AT y del Ciclo de Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico en la UGR, el Lic. Alfredo Estupiñán.

Por su generosidad y su confianza, con un gesto inolvidable me hizo sentir afortunada.

A todos los profesores que pasaron por la docencia en mi experiencia académica durante los últimos 3 años en esta casa de estudios.

Todos dejaron una huella en mí.

A mis colegas, compañeros de cursada.

Sin ellos no hubiera habido TP que valga la pena entregar en tiempo y forma.

A mi tutor de TIF, el Lic. Gustavo Silva, que me corrigió con el lujo que tienen los detalles más de una docena de veces este trabajo.

Me enseñó con su actitud a reforzar la idea de que las cosas se deben hacer bien o mejor que no se hagan.

A mis colegas, autores contemporáneos de escrituras sobre AT.

Sin ellos, no hubiese conocido la camaradería más profunda, ni el corpus teórico que sustenta mi profesar, ni hubiese comprendido que la amistad puede tomar formas virtuales tanto o más fuertes que las presenciales.

A mi marido y a mis hijos, que me hicieron notar cada momento en el que las vicisitudes de la estudiante universitaria se estaban comiendo a la compañera, a la madre y a la mujer entusiasta que suelo ser.

Los amo.

Y a mí misma.

Porque llegué hasta acá, pasada de tramos pero más aprendida que antes, confirmando que este es el camino por el que quiero seguir.

Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN.....	pág. 3
INTRODUCCIÓN.....	pág. 4
1. OBJETO Y OBJETIVOS DE ESTUDIO	
2. POSIBLES APORTES DEL TEMA AL CAMPO DEL AT	
3. FUNDAMENTACIÓN.....	pág. 5
4. METODOLOGÍA DE ABORDAJE	
CAPÍTULO 1- MARCO TEÓRICO.....	pág. 8
1.1 sobre las representaciones colectivas.....	pág. 8
1.2 sobre el rol profesional incumbente.....	pág. 12
1.3 sobre las demandas de intervención.....	pág. 17
1.4 sobre las limitaciones neuromotoras.....	pág. 21
1.5 sobre los usuarios de AT.....	pág. 26
CAPÍTULO 2- HALLAZGOS DE EXPLORACIÓN.....	pág. 30
CONSIDERACIONES FINALES.....	pág. 34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 37
ANEXOS.....	pág. 38

RESUMEN

El siguiente trabajo aborda la forma en la que opera la representación colectiva de los acompañantes terapéuticos en el año 2023, mediada por la tensión entre la bibliografía instituida y la bibliografía instituyente sobre el rol profesional, frente la manera de responder demandas de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras.

Mediante una muestra no probabilística, basada en entrevistas semiestructuradas realizadas a colegas de distintos niveles académicos, ciudades argentinas y trayectorias profesionales, en este trabajo se exploran hallazgos interesantes, desde la teoría de la estructuración social de Anthony Giddens, para abrir líneas de investigación en un futuro sobre los motivos por los cuales, en el año 2023 la mayoría de los acompañantes terapéuticos de todo el territorio argentino tienden a rechazar solicitudes de intervención para usuarios con dependencia física fundamentando, que en esos casos, no se requiere el servicio de AT, sino de otras figuras profesionales como la del cuidador y/o enfermero.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo abordará el tema de la representación colectiva sobre el rol profesional incumbente que impacta en las decisiones cotidianas de los acompañantes terapéuticos cuando reciben solicitudes de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras, cuyas posibilidades de abordaje consideran particularidades diagnósticas como son la dependencia física, la movilidad reducida y la falta de oralidad.

Mi propia experiencia en el ejercicio del acompañamiento terapéutico ha estado atravesada durante 15 años por la inquietud acerca de los motivos por los cuáles mis colegas han puesto en duda el desempeño ético de mi rol cuando me preguntaban sobre el abordaje de AT en casos de parálisis cerebral severa. He visto cómo se rechazan casos de atención con la mera información diagnóstica del usuario. Siempre circuló entre mis reflexiones la posibilidad de que las bibliografías de AT impartidas en los espacios de formación profesional jugaran un papel decisivo para los acompañantes terapéuticos a la hora de posicionarse frente a un caso de atención con dependencia física, que por algún motivo, que nunca pude captar, quedó limitado a una modalidad de atención distinta a la salud mental en los discursos colectivos.

Si bien es cierto que el rol del acompañante terapéutico se inscribe en los marcos reglamentarios, definiendo su figura y su incumbencia general, también es cierto que las bibliografías instituidas, escritas en los años 80, 90 y 2000 construyen representación colectiva con mandatos simbólicamente más efectivos que los marcos reglamentarios, tal vez porque en las formaciones de AT aún hay vacíos notorios en la difusión de dichos marcos. Las cátedras y espacios de formación siguen impartiendo textos de autores que dejaron de practicar el acompañamiento terapéutico de campo hace 40 años, cuando la tarea y la modalidad de contratación del acompañante tenía un motivo limitado a un ámbito de intervención específico.

Entre los mandatos instituidos en aquellas obras y los instituyentes en obras post pandémicas, escritas por acompañantes terapéuticos en ejercicio se encuentran diferencias que podrían explicar el hecho social que en este trabajo nos convoca.

Por eso, el objetivo principal de este trabajo es describir la representación colectiva de los acompañantes terapéuticos entre la demanda de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras y el rol profesional incumbente; indagaré sobre la relación que mis colegas hacen entre la demanda, la movilidad reducida y el rol en AT; así como también intentaré identificar cuáles son las respuestas que los acompañantes solemos dar frente a solicitudes de atención en este tipo de casos.

Abordaré la noción de *práctica social* desde la teoría social de la estructuración de Anthony Giddens, gracias a la cual podré problematizar el saber instituido y el saber instituyente sobre el rol profesional en AT. Así mismo, prestaré especial atención a las escrituras de acompañamiento terapéutico, obras de AT con las que nos formamos los profesionales desde 1985, año en el que apareció el primer libro de AT hasta la actualidad; época de cambio de paradigmas y bibliografía renovada que puede ser punto de partida para la generación de una representación colectiva capaz de integrar nociones de rol, incumbencia, usuario y construcción de demanda. Por otro lado, describiré las principales características

funcionales de las personas con diagnósticos asociados a limitaciones neuromotoras a fin de que se pueda pensar en las posibilidades de abordaje desde el acompañamiento terapéutico.

El tema que se intentará problematizar en este trabajo tiene varios aportes para la profesión, entre las cuales podría esclarecer la evaluación para construir demanda inicial de AT y la posibilidad de abordaje profesional en los tipos de casos que aquí interesan tratar; implicaría a la persona profesional que hay detrás de todo acompañante en el proceso de toma de decisión ante la solicitud laboral, en la medida que evalúa la disponibilidad personal para trabajar en este tipo de dispositivos; ofrecer una apertura disciplinaria para el abordaje en equipo con profesionales de áreas relacionadas a la rehabilitación física y ayudaría a identificar falencias en la formación académica relacionadas a la desactualización teórica y la articulación con las necesidades actuales de la práctica profesional.

Además, abordar esta temática colaboraría en el hecho de resignificar las instancias de solicitud de atención y construcción de demanda profesional, reconceptualizar la noción de *asistencia* en Acompañamiento Terapéutico, esclarecer la especificidad profesional del AT en casos de dependencia física, conocer las implicancias de lo terapéutico en dispositivos de asistencia personalizada neuromotora y exponer la problemática biopsicosocial que padecen las personas con limitaciones neuromotoras como situación factible de recibir AT.

FUNDAMENTACIÓN

Desde que me certifiqué como AT, hace 15 años, he visto la respuesta de los acompañantes terapéuticos frente a demandas laborales que implican atención a usuarios con limitaciones neuromotoras moderadas y severas. Todas orientadas a redireccionar la solicitud hacia la figura profesional del enfermero, del cuidador domiciliario o del asistente personal. Esta situación siempre me llamó la atención, no sólo porque mi primera solicitud como acompañante terapéutico fue justamente para una niña de 2 años con encefalopatía no evolutiva (ECNE), popularmente conocido como Parálisis Cerebral, de tipo severo, sino porque además considero que la respuesta de un profesional es técnica y ética cuando no juzga una solicitud de atención sino cuando construye demanda luego de experimentar, al menos, un primer encuentro en diálogos preliminares gracias a los cuales obtiene información de la problemática general.

Me pregunto qué es lo que lleva a un colega AT a redireccionar la solicitud de atención en casos que requieren asistencia física hacia otras figuras sin conocer la problemática que aqueja al usuario y a su familia. ¿Es que el colectivo profesional del AT relaciona especificidad de abordaje directamente a determinados diagnósticos? ¿Será que la representación colectiva del acompañante terapéutico entiende al campo de la Salud Mental asociado meramente al funcionamiento del aparato psíquico y a su psicopatología? ¿Acaso hay determinados diagnósticos médicos vinculados a la salud mental y otros, vinculados a la diversidad funcional? ¿Podría ser la noción de asistencia la que distorsiona el sentido terapéutico de un posible abordaje de AT en casos como estos? ¿Se tratará de un desconocimiento por falta de formación académica sobre atención en dispositivos de neurorrehabilitación? ¿Será que los acompañantes terapéuticos no tenemos disponibilidad emocional ni física además de la técnica para abordar casos que requieren asistencia física?

Particularmente, fui acompañante terapéutico de Úrsula durante 6 años, luego de los cuales presté servicio técnico especializado por 3 años más en su dispositivo integral de apoyo basado en un sistema de comunicación alternativo a la oralidad, mediante un software de alta gama. Pasé 10 años de trayectoria profesional. Diez años de capacitación continua a su lado, en su equipo, junto a su familia.

Diez años de crecimiento colectivo. Diez años de congraciados nuevos ámbitos de inserción profesional para el plexo. Diez años de creciente escritura bibliográfica de AT por ats. Desde entonces vi a colegas insertarse en campos de acción impensados en los inicios de la práctica y aún sigo viendo crecer a la profesión. Sin embargo, una cosa sigue intacta: la respuesta de los acompañantes terapéuticos frente a las demandas laborales que implican atención a usuarios en neurorrehabilitación y dependencia física por limitaciones motoras moderadas y severas. ¿Por qué será? ¡Vamos a averiguarlo!

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El trabajo tendrá una metodología basada en entrevistas semiestructuradas a acompañantes terapéuticos certificados de cursos y técnicos de entre 1 y 10 años o más de trayectoria, que vivan en distintas ciudades de la Argentina, sin distinción de género, como una muestra no probabilística de tipo intencional y análisis cualitativo de datos. Aunque se trata de una muestra no probabilística, la metodología elegida contribuye a explorar posibles explicaciones del hecho que motiva la realización de este trabajo.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue un formulario de Google con doce preguntas cerradas y abiertas, relacionadas a la trayectoria de los acompañantes terapéuticos entrevistados, su nivel de formación, sus experiencias sobre demandas de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras y su posicionamiento teórico frente a ellas.

El acceso a la entrevista se difundió en redes sociales y de los 50 postulados, se seleccionaron los trece primeros colegas que cumplieron con los criterios de selección básicos residentes en distintos puntos de Argentina, de distintos géneros y trayectorias académicas y profesionales con los que se pueda explorar cómo opera la representación colectiva sobre la demanda de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras en sus prácticas cotidianas.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

Para empezar aclaro que intentaré explicar el fenómeno que investigo desde la teoría social de la estructuración de Giddens, quien muestra la dualidad de las estructuras, al describir que éstas se habilitan gracias a los recursos y se limitan a partir de reglas. Sin embargo, me enfocaré en sus postulados sobre las *prácticas sociales*, siendo que las define como condición y resultado de la estructura social, porque los actores no dan nacimiento a sus prácticas, sino que las recrean continuamente.

Por otro lado, tomaré el pensamiento de Durkheim para abordar la noción de *representación colectiva*.

Asimismo, abordaré los conceptos de, rol profesional incumbente, demandas de intervención, limitaciones neuromotoras y noción de “usuario de AT” comparando la bibliografía instituida impartida en las formaciones profesionales y la bibliografía instituyente en el plexo de acompañamiento terapéutico.

1.1 Sobre las representaciones colectivas

Comenzaré con el concepto de *representación colectiva* de Emilè Durkheim porque fue el primero en desarrollar esta noción en 1897 en su obra *El suicidio*. Dice que las representaciones colectivas son “hechos sociales” que tienen propiedad analítica de “cosa”.

Para él, los hechos sociales son “exteriores al individuo”, esto es, existen con independencia de la conciencia, voluntad o intencionalidad de la subjetividad individual. Poseen una “entidad”, una permanencia por fuera del hecho por el que se los piense o reconozca. Por otro lado, y por eso mismo, son resistentes (“oponen resistencia”, dice Durkheim) a los intentos individuales de ir en su contra o desconocerlos. En definitiva, no son producto de nuestra voluntad y capricho: están allí, se nos imponen y nos obligan a reconocer su presencia. Sin embargo, aunque Durkheim nos consigna que los hechos sociales son cosas y que debemos tratarlos como tales para entenderlos, al final admite que éstos no son objetos, *ya que en realidad están atravesados por pensamientos, sentimientos y acciones humanas*. Por eso termina diciendo que los hechos sociales son representaciones colectivas, con *significantes* que le dan carácter de *fenómenos morales*.

Para Durkheim las representaciones colectivas tienen la capacidad de obligar y de prohibir conductas al individuo, precisamente en razón de ser colectivas.

El deseo y la voluntad son privativos del individuo, pero la ley es social, esto es, no-individual, y como tal común a muchos –a todos los miembros de un mismo grupo-. De aquí que el orden moral sea inherentemente social; y para Durkheim lo social y lo moral sean la misma cosa: pues la ley (el mandato moral) es por definición *lo otro* que el individuo, es grupal o colectiva. Los hechos sociales son así coextensivos de los fenómenos morales; la moral es la eficacia misma del hecho social, ya que ella consiste en ser obligatoria, y en virtud de ello imponerse al individuo “desde fuera” de su propia subjetividad.

Tomando la ponencia de Ernesto Funes para las VI jornadas de Sociología (UBA 2004) diré que esta “eficacia simbólica” de las representaciones colectivas sobre el individuo, a la que se denomina “autoridad”, se manifiesta en la forma de mandatos y ordenamientos “morales”, es decir, colectivos, provenientes del grupo del que él es una parte, por lo que deben ser obedecidos. La autoridad de las representaciones “morales” deriva de la autoridad del grupo que es su origen y soporte material; y por ello “autoridad moral”, o moralidad no es otra cosa que la eficacia sobre la conciencia y acción individual, de la legalidad propia del régimen de representaciones colectivas de un grupo.

Para Durkheim *lo social* se compone de representaciones, éstas no son representaciones individuales sino colectivas, cuya naturaleza constituye un orden emergente – sui generis- respecto de aquellas, formadas como resultado de la asociación de individuos en prácticas y experiencias comunes, son capaces de desarrollar y estabilizar una legalidad que les es propia, y un orden causal que no depende ya de las representaciones individuales ni el soporte material previo, sino de otras representaciones colectivas.

Dice Durkheim en su obra *El Suicidio*; (Bs. As., ed. Gorla, 2004; p. 321)

“Evidentemente, las propiedades elementales de las que resulta el hecho social están contenidas en germen en los espíritus particulares. Pero el hecho social no surge de ellas sino cuando ellas fueron transformadas por la asociación, puesto que sólo en ese momento aparece. La asociación es, también, un factor activo que produce efectos especiales. Así pues, es en sí misma algo nuevo. Cuando las conciencias, en lugar de permanecer aisladas unas de otras, se agrupan y combinan, hay algo que ha cambiado en el mundo. Por consiguiente, es natural que ese cambio produzca otros, que esa novedad engendre otras novedades, que aparezcan fenómenos cuyas propiedades características no se encuentran en los elementos de los que están compuestos.”

En el sentido que este trabajo aloja, los acompañantes terapéuticos con prácticas y experiencias comunes son personas profesionales *simbólicamente asociados* por formaciones académicas de diversa índole, cuyo rol inscribe sus quehaceres. Siendo que, etimológicamente se entiende al *rolé*, como aquello que la autoridad espera de una persona, el *rolé en AT* es lo que haga un acompañante terapéutico, en tanto *se sabe escrito en las bibliografías y en las leyes de ejercicio profesional*. Así es como el rol del acompañante terapéutico opera con la fuerza del mandato que dinamiza la representación colectiva e impacta en la práctica profesional, imprimiendo en ellas, su eficacia simbólica.

En la actualidad, el rol en AT es definido en bibliografías escritas por acompañantes terapéuticos en ejercicio. Este es un verdadero acontecimiento. Hasta los años de Pandemia por Covid, las obras sobre AT fueron escritas por psicólogos psicoanalistas implicados en la profesión que ejercieron la práctica del acompañamiento terapéutico en sus años de estudiantes universitarios; en tiempos donde el acompañante terapéutico era una persona profesionalmente indefinida pero profundamente involucrada con el movimiento de la desmanicomialización. Algunos de estos autores son Susana Kuras, Silvia Resnisky en “Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica” (1985); Gustavo Rossi y Gabriel Pullice (1994) en “Acompañamiento terapéutico, aproximaciones a su conceptualización: presentación de material clínico” con tópicos de auxiliar terapéutico, transferencia y neurosis en la transferencia”; Rossi (2007) en

“Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores”; Pullice, G. (2011) en “Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico” y “Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura” (2018); Maria Laura Frank, Pablo Dragotto (2012) en "Acompañantes: conceptualizaciones del acompañamiento terapéutico como dispositivo en el campo de la salud mental”

En aquellas escrituras se encuentran las bases de lo que genera el acompañamiento terapéutico en un *equipo tratante*, sus características fundamentales y las coordenadas de un *encuadre* profesional, en el que se inscribe lo que el acompañante terapéutico NO ES, NO hace y DEBE representar en su desempeño. En definitiva, en estas obras se encuentra “la autoridad” del mandato instituido.

- que el acompañante terapéutico es un recurso clínico especializado, con abordaje psicoterapéutico bajo la indicación de un profesional o equipo tratante
- que no debe tomar casos en donde no haya equipo tratante
- que acompaña a pacientes con graves patologías mentales y hacia la dirección de la cura
- que opera como auxilio y complemento de los tratamientos psi
- que trabaja en la cotidianidad de un paciente con padecimiento subjetivo
- que no es cuidador, ni enfermero, ni niño, ni maestra, ni trabajador social
- que no asiste, no asea, no cambia pañales, no da de comer
- que no es amigo, ni empleado doméstico
- que está formado en psicopatologías graves, adicciones, psicofarmacología
- que el campo de acción del acompañante terapéutico es el de la salud mental
- que trabaja a nivel no interpretativo
- que es parte de un equipo con un coordinador que filtra la demanda
- que debe supervisarse para abordar la transferencia y la contratransferencia vincular, por eso la supervisión está a cargo de un psicólogo
- que tiene 8 funciones básicas como “prestar el Yo” y “ofrecerse como modelo de referencia”
- que tiene una función incierta, definida caso a caso
- que puede acompañar a un paciente por un máximo de dos años
- que debe ser flexible y mantener una distancia óptima para no perder la objetividad clínica.
- Que el equipo traza las coordenadas de un plan de acción para que el at ejecute y sostenga un encuadre de trabajo en la cotidianidad con maneras paradójicamente amistosas.
- Que representa al terapeuta; que incluso representa *los ojos del terapeuta* y eso lo convierte en un *informante clave*.

Con estas premisas fuimos formados todos los acompañantes terapéuticos en cursos de diversa índole y estatus social. Con estas premisas también, nos seguimos formando en las Tecnicaturas a lo largo, a lo ancho de todo el país y en el campo académico internacional donde existe formación en acompañamiento terapéutico como modalidad de abordaje para cualquier profesional de área humanística. A pesar de que se escribieron alrededor de una práctica para cuyo practicante ya no existe, pues devino en un profesional con desempeño en variadísimos ámbitos y escenarios de intervención, bajo diversas modalidades de contratación, dentro de distintos tipos de problemáticas y particularidades diagnósticas y/o vulnerabilidades sociales.

Sin embargo, entre las bibliografías instituidas más leídas y difundidas encontramos un documento fundamental en las formaciones de todos los niveles y estratos educativos de AT: el capítulo sobre las Indefiniciones del AT, “los no y los ni del acompañante terapéutico” del Lic. Gustavo Rossi que resume la idea general instituida en torno a la incumbencia de la

figura del acompañante. Un documento que ningún acompañante olvida aunque pasen muchos años desde su primera lectura, tal vez por la contundencia de su contenido.

"la función del at se va a ir precisando en relación a una estrategia determinada de tratamiento y a la singularidad del caso. Entonces ¿cuáles son esos "ni", aquello que el at no es? Ni psicoterapeuta, ni analista. Ni asistente o trabajador social. Ni educador especial, ni maestra recuperadora. Ni enfermero psiquiátrico. Ni vigilante, custodio o guardia privado. Ni secretario. Ni amigo, ni familiar" Aunque a veces tendrá cierto "semblante" que lo acerque a estos lugares, aunque sea ubicado por el paciente allí, paradójicamente serán estos roles de los cuales tendrá que diferenciarse en mayor o menor medida. De acuerdo a la particularidad del caso, con su libertad y sus restricciones auestas: ahí está la estrategia en la cual se plantea ese AT. (...) ese NO, tiene que quedar en especial claro para quien soporta el lugar del at"

Este fragmento se difundió en las formaciones de AT desde los primeros cursos hasta las actuales licenciaturas del país. Es el fragmento que dio lugar a las más arraigadas representaciones colectivas acerca de que el acompañante no asiste, no baña, no da de comer, no cambia pañales no asea ni viste porque esas son labores de cuidador". Es el listado de labores asociado a la asistencia con lógica asistencialista.

Como dice la economista y socióloga institucional, Maite Dárceles en su artículo Perspectivas de Poder (2016) detrás de toda institución hay un pasado instituyente que tuvo la aspiración de instituirse. Una vez logrado, las fuerzas se orientan a proteger su poder, y si pueden, aumentarlo. Todo elemento instituido trata de proteger su parcela y, cuando menos, conservar su equilibrio de poder. Estas protecciones entran en conflicto con las dinámicas expansivas que representan las fuerzas instituyentes, por cuanto que, al menos potencialmente, lo ponen todo en juego. Dinámicas instituyentes de cambio, de desarrollo, que pueden aflorar tanto en el seno de una organización como fuera de ella. Lo instituido, orientado hacia sí mismo, necesita de lo instituyente para no fosilizarse, y lo instituyente necesita instituirse en algún momento. Lo que permanece eternamente en proceso instituyente no es generativo, se dispersa, se disipa.

Schvarstein (1991) sostiene que "el cambio social resulta de la dialéctica que se establece entre lo instituido y lo instituyente. La fuerza instituyente que triunfa se instituye, y en ese mismo momento, por el simple efecto de su afirmación y consolidación, se transforma en instituido y convoca a su instituyente"

Si bien el mencionado capítulo de Rossi y toda su obra está atravesada por el mensaje del caso a caso, la definición de AT que impartió desde los años 2010 hasta la actualidad sigue operando como el mandato bibliográfico instituido. Se trata de la siguiente definición de AT:

"El AT es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento interdisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas" (Rossi, 2011)

Anterior a la obra de Rossi, las primeras escrituras de AT fueron escritas por Susana Kuras y Silvia Resnisky en 1985 después de haber practicado el rol para el que fue creado en casos de esquizofrenia y adicciones dentro de modalidades de abordajes múltiples en hospitales de internación psiquiátrica. Desde entonces, las escrituras de AT siempre estuvieron atravesadas por el idioma *psí* en lecturas interpretativas sobre casos similares mientras la práctica iba ganando terreno en otros ámbitos de intervención que le fueron quedando chicos a las bibliografías instituidas.

1.2 Sobre el rol profesional incumbente

Así y todo, desde 2014 empezaron a aparecer los primeros *rolé legalizados* que definen hasta el día de hoy al acompañante terapéutico y a su práctica. Incluso en el Código de Ética más difundido en nuestro país, creado en 1997 por la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina, AATRA, en Santiago de Chile con alcance de difusión en todos los países que conforman el Mercosur, se explicita:

Art. 9.- El acompañante terapéutico asistirá a pacientes, previa solicitud de un profesional o de un familiar; en este último caso estará obligado a consultar a quien trate al paciente, para orientar la tarea de acompañamiento y a supervisar la tarea con un director de tratamiento o coordinador de equipo de salud. Se abstendrá de intervenir en aquellos casos en los que no hubiere terapeuta, coordinador o profesional a cargo del tratamiento, en el entendimiento que el ejercicio profesional del acompañamiento terapéutico constituye una labor auxiliar y complementaria en los dispositivos asistenciales. (Código de Ética AATRA 1997)

Algunas de las definiciones legales sobre el rol y la función del AT son:

- La tarea del Acompañante Terapéutico abarca el trabajo con niños, adolescentes, adultos, personas de la tercera edad, en situaciones de vulnerabilidad, en cuidados paliativos, enfermedad mental, *capacidades diferentes*, enfermedades clínicas crónicas, en situaciones de catástrofe sociales o naturales. **LEY 0599 SAN LUIS 2007**
- El Acompañante Terapéutico es un colaborador de la salud que integra equipos interdisciplinarios. Su función es brindar una *atención personalizada* al paciente como a su familia, para que pueda lograr su recuperación, el mejoramiento de su calidad de vida y su reinserción social (...) Los Acompañantes Terapéuticos pueden prestar su asistencia:
 - a) Únicamente por indicación escrita y bajo supervisión de un profesional de la salud con título universitario de grado, dentro de los límites de su autorización;
 - b) Por indicación de institución responsable que interviniendo en el caso, cuente con el aval indicado en el Inciso anterior. **LEY 7988 SAN JUAN 2009**
- El Acompañante Terapéutico (AT) es un *auxiliar de la salud* que contiene y sostiene al paciente y su interrelación con el mundo, desde un enfoque integral e integrador. El acompañamiento terapéutico es una práctica alternativa para la *atención y asistencia de pacientes de difícil abordaje*, solicitada por el profesional médico o psicoterapeuta a cargo del tratamiento del paciente o convocado por el Estado en situaciones de catástrofes sociales o naturales. **LEY 4624 RIO NEGRO 2011**

- Sin perjuicio de otras definiciones complementarias que los respectivos ordenamientos locales podrán establecer, se entenderá como acompañante terapéutico: A todo *profesional auxiliar del campo de la salud*, que interviene a través de un abordaje psicosocial integral en salud mental y discapacidad, en el marco de un equipo interdisciplinario de labor o por indicación de un profesional tratante, para facilitar y mediar en su rehabilitación, prevención de posibles recaídas, identificación de situaciones de riesgo, y en la vinculación de los pacientes con su entorno familiar y cotidiano. La tarea del acompañante terapéutico abarca el trabajo con niños, adolescentes, adultos, personas de la tercera edad y/o en situaciones de vulnerabilidad, cuidados paliativos, enfermedades mentales y físicas, adicciones, crisis vitales, capacidades diferentes, *enfermedades clínicas crónicas*, y/o en situaciones de catástrofes sociales o naturales. **EXP 2305 BUENOS AIRES 2016**
- El Acompañante Terapéutico es un *agente de salud* con formación teórico-práctica de nivel superior, cuya función es brindar *atención personalizada* tanto al paciente como a su familia en la cotidianeidad, con el fin de *colaborar en la recuperación de su salud, en su calidad de vida y en su reinserción social* dentro de un marco interdisciplinario, bajo la supervisión y coordinación de los profesionales tratantes del paciente. **LEY 10393 CÓRDOBA 2016**
- El acompañante terapéutico es un *profesional de la salud* capacitado para integrar equipos interdisciplinarios y brindar *atención personalizada* a los pacientes y a sus familias para colaborar en la *recuperación de la salud, la calidad de vida y la reinserción social* de aquellos. **LEY 3147 NEUQUÉN 2018**
- El Acompañante Terapéutico es un *agente de salud* con formación teórico-práctica de nivel superior, cuya función es brindar *atención personalizada* tanto al paciente como a su familia en la cotidianeidad, con el fin de colaborar en la recuperación y promoción de su salud, en su calidad de vida y en su reinserción social dentro de un marco interdisciplinario, bajo la supervisión y coordinación de los profesionales tratantes del paciente. El Acompañante Terapéutico contiene y sostiene al paciente, desde un enfoque integral e integrador. Es su competencia brindar *atención terapéutica, personalizada y calificada en la inclusión social, la protección y promoción de derechos* tanto como la prevención y promoción de la salud, priorizando y enfatizando los aspectos salugénicos de los destinatarios de su práctica. **EXP 23152-08 ENTRE RÍOS 2018**
- Se entenderá como Acompañante Terapéutico a aquel *agente auxiliar de la salud* con preparación de formación terciaria, universitaria o de carácter de formación profesional para integrar equipos interdisciplinarios, que participa en la elaboración de la estrategias de tratamiento no farmacológico, cuya función es brindar una *atención en forma personalizada a las personas con discapacidad y a su familia, con la finalidad de facilitar y mediar en su rehabilitación, identificación de situaciones de riesgo, mejorar su calidad de vida, desarrollar sus lazos sociales, siempre dentro de un abordaje biopsicosocial*. **LEY 3180 CHACO 2021**

- El Acompañante Terapéutico es un *agente de salud* con formación teórico-práctica de nivel superior, complementario para *asistencia de personas*, que, por su *estado de salud bio-físico-mental*, requieran de asistencia *para desenvolverse en la vida cotidiana, social y laboral*, bajo la supervisión y coordinación de los profesionales tratantes. El Acompañante Terapéutico interviene para realizar *tareas de asistencia en casos crónicos, sub agudos y agudos a través de un abordaje biopsicosocial integral*, en el marco de un equipo interdisciplinario. Actúa como soporte cotidiano de las personas que se encuentran cursando las distintas fases de un tratamiento, rehabilitación, prevención de posibles recaídas, identificación de situaciones de riesgo; en la vinculación de los usuarios con su entorno familiar y cotidiano y en la reinserción social ante padecimientos de salud mental.- **LEY 6262 JUJUY 2022**
- El Acompañante Terapéutico asiste a pacientes previa solicitud del médico general, terapeuta o especialista tratante o por disposición judicial. Participa siempre en estrategias de tratamiento y en el marco de un equipo de salud, nunca como un servicio aislado, episódico o fragmentario. Se abstiene de intervenir en aquellos casos en que no hubiere terapeuta o profesional a cargo del tratamiento, en el entendimiento que el ejercicio de la profesión de Acompañante Terapéutico constituye una *labor auxiliar y complementaria en los dispositivos asistenciales*. **LEY 8249 SALTA 2021**

Estos marcos reglamentarios contienen por un lado la lógica de la obra instituida, sobretudo hasta la ley de Rio Negro en 2011 que intenta definir una figura profesional como auxiliar. Ya desde 2016 se empieza a denominar como profesional y a fines de 2018, como agente de salud. Hoy, en vísperas de la regulación nacional del ejercicio profesional para el AT, se define como profesional y trabajador de la salud. Con esto, se puede notar la tensión presente en la forma de considerar al acompañante terapéutico. En un comienzo como alguien que ejercía una función dentro de un abordaje múltiple para atender a pacientes psicóticos y adictos; luego como una figura auxilio más bien subordinada a la supervisión y coordinación de un profesional de la salud mental tratante. Pronto, se estableció al acompañante terapéutico como un agente de salud, es decir como un “representante” de la terapéutica en la cotidianidad de un paciente bajo tratamiento de salud en sentido integral.

En la actualidad, se complejiza la idea de la *agencia socio cotidiana de salud integral* desde la interdisciplina y con autonomía profesional para el diseño del abordaje en situación. Pero además, se puede ver que a pesar de que los enunciados contienen las ideas de la bibliografía instituida también contienen ideas de prácticas instituyentes al determinar abordaje para todo tipo de problemáticas diagnósticas y vulnerabilidades que exceden ampliamente la atención a pacientes psicóticos y adictos.

Entre los mandatos instituidos en aquellas obras y los instituyentes en obras post pandémicas, escritas por acompañantes terapéuticos en ejercicio se encuentran diferencias que podrían explicar algo de la representación colectiva que en este trabajo nos convoca. Así y todo, algunos acompañantes terapéuticos de entre 10 y 20 años de ejercicio profesional hemos intentado con todas nuestras fuerzas poner en desempeño las premisas de las obras instituidas en AT, *encajar* estas bases con las experiencias cotidianas, articular teoría-práctica. Pero no lo hemos logrado.

Durante el 2020, la virtualidad nos dio a conocer y nos coincidió el *decir AT*. Así surgió en gran parte, lo que hoy llamamos *el sentir AT* en un “movimiento de AT x ats”. Un sentir que contiene principalmente la sensación de incompreensión, desasosiego, anacronismo entre el *rolé bibliográfico* y las necesidades de intervención actuales, que sólo encuentran esperanzas en las reflexiones de AT socializadas por y entre ats.

Ese sentir se vio reflejado en las escrituras emergentes de autores que son acompañantes terapéuticos en ejercicio. En las actuales obras y manuscritos de *AT x ats* podemos encontrar nuevas miradas y definiciones.

- “El empoderamiento y la emancipación se consiguen entre todos. Está en nuestras manos proliferar la práctica del *AT como una profesión* si no queremos que quede condenada a un simple *recurso clínico* sin sustento teórico propio” (**González, José-** 2020- Encrucijada entre el Ser y la Praxis, dilemas de la práctica cotidiana del acompañante terapéutico. Ed, Tinta Libre)
- “*El acompañante terapéutico es un profesional de la salud* que desempeña su labor dentro de los contextos cotidianos de un sujeto acompañado, quien sufre, ha sufrido o es susceptible de sufrir *padecimiento mental, físico, y/o social*, lo cual ha perturbado, alterado, limitado o condicionado su capacidad adaptativa y funcional respecto al plano de la mente-cuerpo-mundo externo” (**Gueglio, Juan Pablo-** 2021- ¿Qué atendemos cuando ATendemos? Una génesis posible de Acompañamiento Terapéutico. Ed, Autores de Argentina)
- “El acompañante terapéutico sin dudas tiene mucho que colaborar como *profesional de la salud*, trabajando en la activación prosocial de la persona y entendiendo que *no es el diagnóstico el que oprime sino la vulnerabilidad* que impide su inserción social y lo entrapa” (**Camacho, Fernando-** 2021-“Consideraciones Intempestivas en el AT” Ed. Letra Viva)
- *Rol, función e incumbencias son características de la figura profesional del acompañante terapéutico que están identificadas y definidas a priori* en los marcos regulatorios existentes y para cualquier acompañamiento terapéutico. Lo único que es “caso a caso” son las labores de auxilio, la asistencia necesaria que se tendrá que enrolar para que el abordaje de AT esté contenido en un encuadre que sea clínico, profesional y ético” (**Pollio, Sabrina-** 2021- Epistemología del AT, praxis de una disciplina posible” Ed. Autores de Argentina)

Pero además, en estas escrituras encontramos puntualizaciones sobre la práctica absolutamente superadoras a la bibliografía instituida que aún se sigue usando en los planes de estudio de las diferentes formaciones de AT, en tanto generadoras de representación colectiva. Algunas de estos *nuevos decires*, son:

- Que el Acompañamiento Terapéutico cotidiano no es un acto clínico, sino un acto social, mediado por un vínculo que no es transferencial sino colaborativo.
- Que el acompañante terapéutico sí puede trabajar sin equipo, siempre que sea durante un tramo objetivado del proceso de intervención.
- Que el acompañante terapéutico no representa al terapeuta, sino a una terapéutica integral mediante gestiones de interdisciplina; que mucho menos *representa los ojos*

del terapeuta, sino que usa sus propios ojos para portar lo que acontece y dinamizar el tratamiento hacia la mejoría en la calidad de vida de usuarios, no pacientes. Por eso mismo, no es informante clave sino portador de información capaz de dinamizar la terapéutica de la que es parte.

- Que el AT opera en un campo problemático de intervención mediado entre la salud mental y la discapacidad, es decir entre el derecho al apoyo necesario para el desarrollo del bienestar general y las barreras sociales, generadoras de padecimiento subjetivo, que impiden la autonomía cotidiana para la participación plena en igualdad de oportunidades.
- Que el AT hace lecturas interpretativas y elabora diagnósticos de situación para identificar situaciones problemáticas y determinar necesidades de intervención, planificarlas, practicarlas, monitorearlas y evaluarlas en un proceso metodológico. Por eso, no necesita que otro profesional medie las demandas ni elabore planes de trabajo para él.
- Que el acompañante terapéutico no debe ofrecer un modelo de referencia al paciente, sino un modelo relacional al usuario y para su entorno.
- Que en AT no es más importante el síntoma o la conducta sino las respuestas técnicas que ofrecemos sobre la gestión de un abordaje terapéutico que sirva como promotor de entornos amigables, accesibles a la autonomía posible.
- Que la supervisión en AT tiene que ser entre acompañantes terapéuticos porque la praxis no está compuesta sólo de transferencia vincular, sino de objetos epistemológicos que le son propios.
- Que mejor que distancia óptima es hablar de cercanía óptima, incluso de ausencia óptima.
- Que en AT no abordamos a pacientes en dirección a la cura, sino situaciones de vulnerabilidad en la cotidianidad de las personas acompañadas.
- Que el quehacer profesional del AT genera una clínica social de la salud, una clínica de lo cotidiano.
- Que el objeto de intervención en AT son las actividades de la vida diaria, las básicas o personales, las instrumentales o domésticas, las de educación, las de trabajo, las de alimentación y nutrición, las de manejo del sueño y del descanso, las de ocio y recreación, las del manejo de la salud y las de interacción social, puesto que sobre ellas se objetivan las barreras de interacción, habilidades sociales, la independencia, la autonomía posible, la actuación interventiva y la efectividad terapéutica.
- Que asistencia no es sinónimo de asistencialismo, y que en eso, cualquier labor corresponde al rol de AT si está mediada por un objetivo terapéutico- asistencial.
- Que las demandas de atención pueden ser inapropiadas si el acompañante no convierte la solicitud en una demanda de intervención que conlleve una respuesta técnica mediante la activación de dos funciones básicas: la decodificación y el asesoramiento profesional.
- Que antes del encuadre, el acompañante debe generar una instancia de pre encuadre para fomentar las condiciones de un posible encuadre de abordaje a partir de iniciar una construcción de la demanda.

Vayamos por partes.

La primera diferencia sustancial que se nota entre la bibliografía instituida y la bibliografía instituyente es que la primera no define al acompañante terapéutico, ni a su quehacer como una profesión sino como una práctica profesional con efectividad terapéutica favorable en los tratamientos de salud mental. La segunda diferencia, es que la bibliografía instituyente no solo define al acompañante terapéutico como un profesional agente de salud sino que describe al acompañamiento terapéutico como una profesión. En medio de lo que se ha escrito y lo que se está escribiendo, sobre todo desde el 2015 surgieron leyes reglamentarias para el ejercicio profesional del AT en la mitad de las provincias del país, como se ha mencionado con anterioridad. En todas se define la figura profesional del AT como un *agente de salud con formación específica y práctica especializada integrando equipos interdisciplinarios en dispositivos asistenciales*. Estos marcos legales constituyen nuestro *rolé*, es decir lo que se debe esperar sobre el desempeño del acompañante terapéutico: que agencie (que represente gestionando estrategias y ejecutando actuaciones interventivas) tratamiento de salud (terapéutica) en la cotidianidad de una persona en situación de vulnerabilidad con el fin de desarrollar autonomía.

En términos reglamentarios, podríamos resumir entonces que el *rolé* anterior al 2015 está atravesado por la lógica instituida y a partir del 2016, empieza a aparecer la lógica instituyente. Seguramente, producto de grupalidades que lograron dar a conocer sus experiencias de campo, ya absolutamente distintas a las primeras experiencias de acompañamiento terapéutico y articular con los lenguajes jurídicos necesarios aquellas premisas de AT con las realidades emergentes de la práctica que nos convocaba a profesionalizar cada vez más nuestras intervenciones.

1.3 Sobre la demanda de intervención

El *rolé*, en tanto se sabe escrito en bibliografía y reglamentaciones vigentes sobre el desempeño profesional, ayuda a determinar la expectativa y por lo tanto a encuadrar demandas de intervención. Según Pollio, Sabrina (2021) en Epistemología del Acompañamiento Terapéutico, praxis de una disciplina posible:

Las demandas de intervención son entendidas como el pedido explícito o tácito de un accionar capaz de terminar con el problema que genera drama. Es la necesidad que siente el solicitante a partir de un problema que siempre genera malestar o angustia, motivo por el cual somos solicitados para actuar.

Por su parte, Chevez. Alejandro (2012) en Acompañamiento Terapéutico en España, indica:

En primer lugar, el rol representa un determinado tipo de actor (el acompañante terapéutico) en un contexto determinado (el ámbito clínico y socio comunitario), lo cual establece una determinada expectativa social acerca de lo que se puede esperar de ese actor. Berger y Luckmann establecen que un rol “es un correlato de la institucionalización del comportamiento”, es decir una “serie de acciones y tareas tipificadas por tipos de actores”, el rol “representa un orden institucional” y circunscribe zonas específicas de conocimiento socialmente objetivado (Berger y Luckmann, 2001).

Entendemos así que es apropiado que “se espere algo” sobre el desempeño del acompañante pero no es apropiado que se espere *cualquier cosa*. Se debe esperar lo que está escrito. En el proyecto de ley nacional de AT, próximo a salir, se especifica:

El ejercicio profesional del acompañamiento terapéutico comprende a quienes, con matrícula habilitante, intervienen a través de un abordaje biopsicosocial integral, en el marco de un equipo interdisciplinario y/o por indicación de un profesional de la salud tratante a cargo, para facilitar la rehabilitación de la persona acompañada, prevenir eventuales recaídas, identificar situaciones de riesgo y promover su reinserción en el ámbito comunitario, promoviendo el ejercicio efectivo de sus derechos, bajo el paradigma de salud comunitaria y colectiva. La actividad del acompañante terapéutico se desarrolla a través de la práctica de estrategias terapéuticas no farmacológicas de asistencia en ámbitos institucionales, domiciliarios, ambulatorios y sociales-comunitarios sin distinción de género ni edad.

En este sentido, cuando los acompañantes somos solicitados para intervenir tenemos la responsabilidad profesional de responder técnicamente a ese requerimiento con el objetivo de construir demanda de intervención.

Con todo lo que venimos planteando podemos considerar que el cambio en las prácticas profesionales y cotidianas en AT está atravesado por la lucha de poderes en tensión, fricción, negociación entre lo instituido y lo instituyente sobre lo que se sabe y se es en AT.

Entre las nuevas bibliografías generadoras de cambios en las representaciones colectivas instituyentes, encontramos a González, J. (2020) Encrucijada entre el ser y la praxis, dilemas éticos en AT, que desarrolla el concepto de “demandas inapropiadas”. Dice:

“Es un pedido de solicitud y exigencias al acompañante terapéutico por parte del equipo, de la familia o del propio acompañado. Como toda demanda, está compuesta por alguien que pide lo que cree justo, el demandante, y por otro lado, alguien que recibe el pedido y evalúa si es acorde o no a las incumbencias de su rol, el demandado. Esta dinámica entre lo que se demanda y lo que se debe satisfacer genera una encrucijada entre el ser AT y la praxis AT”

El autor las categoriza en tres grandes tipos: las pedagógicas, las de cuidado y las de comodín. Sobre las *demandas inapropiadas de tipo cuidador*, dice “Se evidencian cuando se nos pide que realicemos tareas tales como: aseo, preparación de alimentos, traslado, etc. (...) el hecho de que seamos *tototerreno* no significa que seamos *multiuso*; el eje central no debe girar en si somos dignos o no para realizar estas tareas demandadas sino en preguntarnos si tenemos las herramientas necesarias para llevar a cabo la tarea solicitada, si la misma dispone de alguien más en escena que podría realizarla y si la misma tiene un fin terapéutico”

El autor nos advierte que no toda solicitud es inadecuada cuando el caso requiere tareas de aseo, alimentación, traslado, etc. Sino que debemos preguntarnos si hay posibilidad de fines terapéuticos detrás del requerimiento, si se trata de labores que impliquen formación o incumbencia específica de AT o de otra figura y existe esa persona, en caso de que lo pedido no corresponda a la incumbencia del AT. Se ve claramente cómo nos orienta hacia la

acción y hacia la gestión de un quehacer frente a este tipo de demandas, en vez de rechazarlas meramente.

Al decir del colega Federico Gómez (2020), las demandas se construyen primeramente poniendo al servicio, una actitud de *escucha activa* sobre la solicitud de intervención, mediada por la *pausa*. Por su parte, Juan Pablo (2020) Gueglio nos ofrece un *modelo de intervención primaria* en el que se deben activar dos funciones profesionales antes de brindar una respuesta técnica a la solicitud de intervención: la función de recepción/decodificación y la función bitácora/orientación y asesoría.

Estas funciones se activan, como indica Fernando Camacho (2021), en instancias de *diálogos preliminares*, es decir en el tiempo de los primeros encuentros mediados por la conversación (y por eso se oponen a la lógica de la entrevista psicoterapéutica) que tiene intención de conocer y recolectar información aspectos de la vivencia, la cotidianidad y las particularidades diagnósticas que impiden adaptación activa.

Por su parte, Pollio, S (2021) dice “El dispositivo de acompañamiento terapéutico, en tanto artefacto terapéutico, tiene un diseño de andador, gracias a él se pone a andar la terapéutica [...] entendida como el conjunto de estrategias multidisciplinares de apoyo a la vida autónoma que el acompañante gestiona en su quehacer [...] El botón de encendido es la función de agencia que va a poner a trabajar cada una de las partes del dispositivo: el saber, el saber ser, el saber conocer, el saber estar y el saber hacer, cada cual con sus insumos y dentro del mecanismo de un encuadre que le da producción de diseño gráfico y escenográfico al proceso de intervención profesional desde el primer contacto hasta el último día de AT”

Gueglio, J (2021) en *¿Qué atendemos cuando ATendemos?* explicita que el acompañante terapéutico debe activar la F1 (función de recepción/decodificación mediante una escucha especialmente activa capaz de determinar y formular preguntas que direccionen la obtención de la información *no dicha* o *pasada por alto* por la persona solicitante. Así se puede activar la F2 (función bitácora, Orientación profesional) sobre la pertinencia de AT en la solicitud.

Para decodificar la solicitud de intervención es necesario generar instancias de pre encuadre, que en tanto portador del rolê, incluye tiempos y espacios capaces de ofrecer una recepción del pedido mediante la escucha activa; pausar con prudencia e introspección el contenido de la solicitud explícita o implícita a partir de cuatro preguntas antes de brindar una respuesta técnica que oriente, asesore y encuadre la atención profesional:

1. ¿Lo que me están pidiendo infringe derechos y obligaciones precisas de AT?
2. ¿Lo que me están pidiendo requiere un saber instrumental desconocido para el AT ?
3. ¿Lo que me están pidiendo lo podría hacer alguien más que el AT?
4. ¿Lo que me están pidiendo tiene o podría tener un fin terapéutico?
5. ¿Tengo disponibilidad profesional para abordar las particularidades diagnósticas y metodológicas que este caso requiere?

Si pudiéramos ordenar los interrogantes a fuero interno, promotores de la construcción de la demanda de intervención para recibir, decodificar y asesorar sobre la pertinencia del

AT en el caso para el que se solicita el servicio especializado en solicitudes de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras, lo podríamos representar así:

F1: RECEPCIÓN Y DECODIFICACIÓN INTERROGANTE A FUERO INTERNO	CASO 1	CASO 2	CASO 3
¿Lo que me están pidiendo infringe derechos y obligaciones precisas de AT?	SI	NO	NO
¿Lo que me están pidiendo requiere un saber instrumental desconocido para el AT ?	SI	NO	SI
¿Lo que me están pidiendo lo podría hacer alguien más que el AT?	SI	NO	SI
¿Lo que me están pidiendo tiene o podría tener un fin terapéutico?	NO	SI	SI
¿Tengo disponibilidad profesional para abordar las particularidades diagnósticas y metodológicas que el caso requiere?	INDISTINTO	SI	NO
EVALUACIÓN DE LA DEMANDA	INAPROPIADA	APROPIADA	APROPIADA
F2: RESPUESTA TÉCNICA: ASESORAMIENTO PRE ENCUADRE	DERIVAR	INDAGAR DETALLES para la conformación de un encuadre	DERIVAR

Veamos. Frente a una solicitud de AT para un caso de limitación neuromotora por diagnóstico de Parálisis Cerebral, cuyo usuario se encuentra en estado vegetativo, con modalidad de internación domiciliaria y se le pide al acompañante que lo asee, lo bañe y controle el suero a contraturno con la enfermera, está claro que se trata de una solicitud que infringe derechos, obligaciones e incumbencias del AT, que como vimos anteriormente, determina al acompañante terapéutico como un agente de salud, es decir un representante de terapéutica mientras acompaña a un usuario en su cotidianidad. Detrás del mero confort hay cuidado, respeto, calidad de vida. Sí. Pero no hay terapéutica.

Por lo tanto la solicitud planteada debe ser evaluada como una tarea que requiere de un saber instrumental para la que el acompañante no tiene formación, pero sobretodo que no implica posibilidad de fin terapéutico sino sólo de atención asistencialista y que, sin importar si el acompañante cuenta con disponibilidad para asumir la tarea, podemos identificar como una “demanda inadecuada”. Aquí, la respuesta técnica del profesional debería estar basada en derivar el caso a un cuidador o a un enfermero, sobre todo porque se trata de un caso en el que la persona se encuentra en estado vegetativo, sin posibilidad de construir abordaje de Acompañamiento Terapéutico.

Ahora bien, si la solicitud corresponde a un caso en donde la persona no puede moverse pero puede comunicar de alguna manera gustos, intereses, necesidades y malestares estaríamos hablando de *demandadas apropiadas* al rol del acompañante terapéutico, a la posibilidad de instrumentar saberes específicos, aunque ello implique aprender nuevos, actuar sobre la comunicación como condición necesaria para planificar fines terapéutico-asistenciales, y tenga o no tenga disponibilidad para tomar el caso, se trataría indiscutiblemente de una solicitud que amerita construcción de demanda interventiva.

Frente a cualquier solicitud de intervención, explícita o implícita, el AT debe poder ofrecer una *respuesta técnica*, entendida como una *forma de decir o hacer* dentro de los límites del encuadre de trabajo profesional en cualquier etapa del proceso de intervención, mediadas siempre por la pausa que asegura el procedimiento de recepcionar el pedido, decodificar el mensaje, interrogarse a fuero interno su pertinencia y responder a ello con información clara, precisa, prudente y éticamente aceptable ante la solicitud de atención por parte de otra persona, partiendo siempre de considerar la propia disponibilidad para aceptar o rechazar atención profesional para el caso planteado. Si es en un primer contacto, esta instancia tiene lugar en el llamado *Pre encuadre*, donde acontecen los diálogos preliminares a la construcción de caso.

1.4 Sobre las limitaciones neuromotoras

Sobre las solicitudes de atención para personas con limitaciones neuromotoras severas debemos ofrecer respuestas técnicas a sabiendas de que hay algunos factores que debemos considerar antes de juzgar el pedido o la pertinencia de AT para el caso. Puesto que en toda evaluación profesional es importante darse cuenta de la propia disponibilidad a trabajar en ciertos casos. No todos los acompañantes somos para todos los acompañados ni todos los acompañados para todos los acompañantes.

Cuando hablamos de disponibilidad nos estamos refiriendo a considerar los límites y los permisos emocionales que las personas profesionales tenemos para abordar ciertas situaciones, ya que lo que nos hace competentes e idóneos no es sólo el saber académico sino también, el *saber estar* en cada caso particular.

Si integramos las escrituras de Juan Pablo Gueglio y Fernando Camacho podríamos puntualizar estos factores así:

- los diagnósticos y sus particularidades y/o sintomatologías
- la edad (y el género) del usuario
- el ámbito de intervención
- la propia disponibilidad emocional o disposición subjetiva para sostener abordaje (al decir de Fernando Camacho, el eco del AT)
- la disponibilidad técnica e instrumental para responder a los requerimientos del caso
- la conveniencia honoraria
- la disponibilidad horaria y de traslado que el caso requiere

Esto así porque más allá de que el imperativo profesional en los *rolé* legales y bibliográficos instituyentes indiquen construcción de demanda frente a cualquier solicitud de atención, es necesario evaluar la propia disponibilidad tanto emocional como técnica frente ellas ya que, al decir de Pollio, S (2021) en Epistemología del AT, praxis de una disciplina posible, el acompañante terapéutico es el sujeto del abordaje, abordaje que requiere gestión disciplinada, siempre mediada por una “vigilancia epistemológica”, entendida como el *darse cuenta* la manera en la que influye nuestra propia subjetividad cada vez que debemos ofrecer una respuesta técnica. Ese *darse cuenta* que contemple a la persona profesional por ser un sujeto sentipensante, con afectaciones emocionales sobre los objetos que observa, diagnostica en situación, planifica, ejecuta, monitorea y evalúa en un proceso metodológico

de intervención centrado en la persona como núcleo del proceso, es decir como sujeto de la intervención profesional.

En este sentido, es importante abandonar el mandato acerca de que “entre las características personales del acompañante terapéutico debemos encontrar la habilidad de ser flexible” que se leen en las lecturas de la bibliografía instituida, y reemplazarlo por “es necesario que el acompañante terapéutico evalúe primeramente su propia disponibilidad a trabajar en casos con determinada edad, género, particularidad diagnóstica, condiciones de entorno, escenarios de intervención y modalidades de contratación” que implican el ejercicio primero y actualizado del autoconocimiento, tal como plantean las obras de la bibliografía instituyente. Sí aceptamos cualquier caso de acompañamiento, aunque demos respuestas técnicas desde el primer contacto, corremos el riesgo de no poder sostener emocionalmente el abordaje por razones subjetivas que terminen por cerrar, derivar o abandonar el caso tempranamente desconsiderando la vulneración de derechos del usuario que eso implique. De igual manera, si lo rechazamos por otras premisas instituidas que asocian la asistencia al asistencialismo correremos el riesgo de desempeñar praxis en nuevos campos de acción, semillas de nuevos frutos sistematizados capaces de dejar legados sentidos en futuras bibliografías de AT por ats.

Respecto de los diagnósticos médicos, en *Temas para la educación* Revista digital (2010) podemos encontrar un listado de Deficiencias Motoras presentes en casos de solicitudes de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras, a saber:

- Encefalopatía No Evolutiva (ECNE), más conocida como parálisis cerebral
- Lesión medular.
- Condrodistrofia.
- Esclerosis múltiple.
- Espina bífida (Mielomeningocele)
- Miopatía o distrofia muscular progresiva.
- Ataxia.
- Derivados de traumatismos craneoencefálicos.
- Accidente cerebro vascular (ACV)
- Parkinson

La limitación neuromotora es una particularidad diagnóstica que se presenta en forma distinta en cada caso y se asocia a condiciones de vida que acarrear:

- falta de control postural
- imposibilidad de bipedestación independiente
- marcha torpe o impedida
- disminución visual
- dificultad de habla o falta de oralidad
- alteraciones sensoriales
- inconvenientes de movilidad
- disfunción de funciones ejecutivas y habilidades sociales
- padecimiento psicológico

Los requerimientos técnico-instrumentales que conllevan los abordajes de apoyo para personas con limitaciones neuromotoras están mediados por la asistencia física, material, metodológica y emocional. Estas personas necesitan el apoyo de una asistencia baja, media o alta en función de su grado de dependencia y funcionalidad, medidas y determinadas bajo Clasificación Internacional de Funcionamiento. CIF (2010) por medio de test especializados en registrar grados de independencia y de autonomía en actividades de la vida diaria. Aquello dependerá exclusivamente de la particularidad del caso, ya que algunas podrán moverse menos o más que otras, podrán expresarse menos o más que otras, podrán contar con la aparatología y el mobiliario necesario para realizar sus actividades de la vida diaria menos o más que otras, podrán contar con apoyos afectivos, terapéuticos y metodológicos menos o más que otras.

Así y todo podemos identificar algunas situaciones problemáticas determinadas por las particularidades diagnósticas antes mencionadas, puesto que en su gran mayoría, las personas con limitaciones neuromotoras que constituyen posible abordaje de acompañamiento terapéutico presentan problemáticas que generan barreras sociales de interacción:

- Requieren de SAAC (sistema alternativo y aumentativo para la comunicación) cuando no pueden oralizar, que la mayoría de las veces termina siendo sólo alternativo por limitarse en su carácter de estándar y nunca deviene en “comunicador” (es decir, se fabrican soportes con pictogramas descargados de internet y se usan como instructivos de AVD con los que la persona queda limitada para expresar pensamientos, sentimientos y voluntades con la misma oportunidad que tenemos las personas hablantes en una conversación espontánea cualquiera)

Aquí el acompañante terapéutico tiene posibilidad de construir abordaje a partir de considerar el *objeto de conocimiento* del quehacer, es decir a partir del vínculo que establezca con el usuario, gracias al cuál podrá descubrir sus intereses y malestares que ayuden a planificar sistemas de comunicación absolutamente personalizados gracias al cual el usuario podrá comunicar en forma autónoma lo que le preocupa, lo que le gustaría hacer, lo que quisiera expresar. (Pollio, S, 2021)

- En espacios educativos requieren adaptaciones de actividad mediante accesos con los que puedan acreditar y no adecuaciones curriculares, puesto en la mayoría de los casos la limitación es motriz, no cognitiva; sin embargo, no cuentan con apoyos específicos y personalizados para ello.

Aquí el acompañante podría desempeñar una función de accesibilidad muy notoria ya que en la mayoría de los casos, el estudiante con limitaciones neuromotoras severas queda limitado a estar presente en las actividades escolares pero sin condiciones de participación plena y efectiva. En estos casos, el acompañante no sólo podría sugerir modos de presentación, ejecución de actividad y acreditación para que el usuario aprenda, haga y demuestre a partir de una enseñanza docente especializada in situ sino que además podría gestionar estos apoyos cuando el caso requiera de profesionales y docentes de modalidad especial que hasta el momento no están incorporados a la terapéutica integral.

- Los dolores corporales que padecen los usuarios son intensos y constantes debido a que el tono muscular sufre condiciones de contracción y descontracción involuntaria, que les impide motricidad fina y gruesa controlada; por lo cual el sueño y el descanso es también parte del rutinario de actividades de la vida diaria afectadas por la deficiencia neuromotora.

Aquí el acompañante tiene una responsabilidad ético-profesional de agenciar terapéutica con los profesionales de áreas especializadas como kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional y neurología puesto que la gestión, el uso y la instrumentalidad de aparatología ortopédica impacta significativamente en las condiciones de motricidad del usuario. El acompañante podría ejecutar directa o indirectamente la instrumentalidad de mobiliario compuesto por bipedestadores, caminadores, sillas de rueda, bastones, collarines de control cefálico, muñequeras, coderas, types, adaptadores manuales, etc. Toda esta aparatología es necesaria para mejorar los dolores musculares de la persona acompañada pero sobre todo para que el usuario pueda realizar actividades de la vida diaria que le permitan mejorar sus condiciones de inclusión social. Asimismo, el reporte al equipo de salud que el acompañante pueda hacer a partir de observaciones cotidianas sobre la alteración del sueño y del descanso es muy importante para incorporar o modificar farmacología.

- Todas las actividades de la vida diaria (AVD), las básicas, las instrumentales, las educativas, las laborales, las nutricionales y alimenticias, las recreativas y las sociales, se ven absolutamente afectadas por la limitación neuromotora ya que todas están mediadas por la ejecución de movimientos controlados y por el lenguaje conversado; por lo cual los usuarios están vulnerados en la posibilidad de ser independientes y autónomos desde las necesidades más personales hasta para tener amigos, pareja, aprender y estudiar, trabajar, pasear y descansar.

Con esta realidad, el acompañante terapéutico debe operar gestionando los apoyos necesarios y sugiriendo ajustes razonables tendientes a mejorar la calidad de vida de la persona acompañada, de la misma manera que impera esta premisa para cualquier otro caso de AT.

- Los usuarios encuentran barreras de acceso a la autonomía posible en los aspectos comunicativos, vinculares y discriminatorios, por falta de apoyos específicos y ajustes razonables para incluirse en entornos amigables.

Esta es la razón principal que debe motivar la solicitud de atención de AT para estos casos, pero si el solicitante lo desconoce, somos nosotros como profesionales sociosanitarios quienes debemos asesorar sobre las posibilidades de intervención. Al fin y al cabo, este es el motivo por el cual solicitan intervención de AT para cualquier otro tipo de usuarios con cualquier otro tipo de particularidad diagnóstica.

Así y todo, diremos que las bibliografías instituidas no abordan las características de este tipo de deficiencias puesto que los potenciales pacientes acompañados son definidos siempre con *graves patologías mentales*, abordadas con lecturas y formación en psicopatología, farmacología, psiquiatría y salud mental. Las nociones de autonomía e independencia no son diferenciadas y figuran en los discursos como asociadas al derecho que tiene una persona a vivir su vida sola, a tomar sus propias decisiones y a ser

escuchados en ese proceso en donde emerge la subjetividad sobre la que el acompañante terapéutico interviene para motivar.

En cambio, las nuevas bibliografías, escritas después de haberse insertado en contextos y con usuarios que no son incorporados explícitamente en las obras y formaciones de AT instituidas, exploran abordaje teórico sobre ello.

En Pollio, S “Epistemología del AT, praxis de una disciplina posible” (2021) encontramos las siguientes afirmaciones:

Aquí es cuando nos toca diferenciar independencia de autonomía y asistencia de asistencialismo. Voy a tomar la definición que se encuentra en la Revista Digital Neuro Función (2020): Independencia se define como la capacidad de hacer las cosas por sí mismo sin depender de los demás, mientras que la autonomía es la oportunidad de actuar libremente y de elegir nuestras opciones en la cotidianidad.

Así, la persona que acompañamos es independiente si es capaz de ducharse, de vestirse, de comer, de hablar por teléfono, de abrir una lata de atún, de salir a comprar, de ir a visitar a un amigo, etc. por sí mismo; no necesita ayuda física ni orientativa de terceras personas.

En cambio, será autónoma, si la persona acompañada es quien toma las decisiones sobre cuándo quiere ducharse; cuándo y qué ropa ponerse; en qué momento tiene hambre, se prepara la comida y come; elige el momento del día o de la semana para ir a visitar a su amigo, decide cuándo mandar un mensaje, ver una película o hacer cualquier actividad de la vida diaria, aunque necesite ayuda física u orientativa para hacerlo.

Independencia es hacer sin asistencia. Autonomía es tener la posibilidad de decidir qué hacer y hacerlo, aunque sea con asistencia.

Autonomía, en tanto oportunidad de elecciones, NO ES, de ninguna manera, sinónimo de libre albedrío. Porque autonomía y vida cotidiana están indiscutiblemente ligadas a lo social, y por eso, autonomía implica elegir hacer lo socialmente acordado.

Conseguir un arma y matar a alguien no es autonomía. Es delito. Lo haga quien lo haga y haya disparado con o sin asistencia. Es delito.

Solo las actividades de la vida diaria admiten autonomía e independencia como categorías de análisis alrededor de la calidad de vida que nos interesa objetivar en AT.

Ofrecer la mayor independencia, pero sobre todo la mayor autonomía que se pueda en una AVD, implica considerar la dimensión posible en cada AT. Y ofrecer esas posibilidades conlleva inevitable, necesaria, indiscutida, sistemática y taxativamente una agencia socio-terapéutica inter-disciplinaria. Porque la autonomía y la independencia no constituyen mera motivación hacia el otro.

Ya Dozza, L. (2011) Manifiesto anti asistencialista se expresa:

“el asistencialismo es una especie de perversión de las mejores intenciones profesionales, una trampa escondida a veces en nuestras propias ideas, un mecanismo letal que debemos detectar y desactivar; una prueba difícil que evaluará el poder de cada teoría y el valor de

cada profesional (el asistencialismo no es otra cosa que parte de nosotros, de nuestra forma de percibir, pensar e intervenir)

...Se entiende por asistencialismo todas aquellas actitudes, intervenciones, acciones, formas de encuadrar y llevar a cabo determinadas actividades etcétera, en las que los profesionales tienden a atender, cuidar, organizar o apoyar a los usuarios más allá de sus necesidades, e incluso en detrimento de sus necesidades fundamentales de desarrollo personal (autonomía, autoestima, sentirse útil y que aporta algo, etc.)

...Este “no creer asistencialista” conforma un espejo que refleja a los usuarios una imagen deficitaria de sí mismo (dependiente, infantil, incapaz), con el agravante de que luego tienden a encarnar y actuar tales imágenes. Habría por tanto una relación de contraposición entre el asistencialismo y la recuperación, debido a que no es posible promover experiencias de recuperación si no es sobre la base de la confianza real en las capacidades de los usuarios para recuperarse y desarrollarse.

La rehabilitación y recuperación viven de la capacidad de los profesionales para transmitir a los usuarios confianza en sí mismos y para generar oportunidades en las que puedan experimentar autoeficacia y éxito. En el enfoque asistencialista, el intervencionismo profesional tiende a abortar tales experiencias.

Si por un lado está el peligro de caer en un tipo de atención asistencialista, por otro lado está el peligro de no brindar el debido apoyo asistencial cuando ello es necesario.”

Si lo que se sabe sobre AT contiene mandatos acerca de las prácticas profesionales, probablemente la forma de responder a las demandas para trabajar con personas afectadas por limitaciones neuromotoras no contemplan respuestas profesionales para abordar casos como estos, primeramente porque estas personas, con requerimientos "asistencialistas" no sean vistas como potenciales usuarios de AT.

1.5 Sobre los usuarios de AT

La persona acompañada, en la actualidad y bajo los decires instituyentes, no es un paciente, sino el usuario de un servicio profesional tendiente a mejorar su propia calidad de vida. Es el sujeto de la intervención atravesada por un modelo de abordaje centrado en la persona con derecho. Sin embargo, en la práctica encontramos abordajes centrados en el *tratamiento médico* que necesita un paciente al que se le requiere *tener paciencia* para que *la dirección de la cura* protagonice la palabra del médico o terapeuta, poseedor de un saber que *sabe tratar* enfermedades, trastornos y anomalías alegando siempre derecho a la salud de calidad. En cambio, la mirada puesta en la persona como usuaria, lo posiciona como alguien con capacidad de usar el apoyo que co diseña junto a un profesional que ofrece respuestas técnicas al saber cotidiano ajeno, es decir al saber del usuario.

Las prácticas de los acompañantes en la cotidianidad de las personas acompañadas no puede articular la teoría instituida mediante el lenguaje propio de un dispositivo que sucede en un consultorio, más aún en un diván porque en la cotidianidad del acompañamiento terapéutico, no hay pacientes. En los consultorios de salud y rehabilitación, sí. En la

cotidianidad hay personas viviendo sus vidas. Los acompañantes vamos a ellos, no ellos a nosotros. Es decir, nosotros nos insertamos en su espacio cotidiano; no son ellos los que arriban a una sesión de AT en un lugar físico de AT. El consultorio del resto de los terapeutas profesionales de la salud no contiene las vicisitudes y avatares que los acompañantes encontramos en las situaciones cotidianas que emergen junto a las personas acompañadas.

El usuario nace con el paradigma social de intervención, materializado en la Convención Internacional de Derechos para Personas con Discapacidad, de la cual se desprenden todas las leyes incumbentes a nuestro ejercicio profesional: la Ley de Salud Mental, el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, la Ley Nacional de Educación, la Ley de Violencia de género, etc. Desde el 2006 toda persona que demande AT directa o indirectamente debe ser considerada como usuario de un servicio de apoyo para su autonomía e inclusión plena. Las obras bibliográficas de AT deben contemplar este mandato para generar prácticas acordes a ello. Antes de este acontecimiento, la persona era considerada un paciente, portador de la paciencia necesaria para que el tratamiento diseñado del que *sabe tratar* surta algún efecto de cura o normalización.

La bibliografía instituyente y las formaciones de AT que la usan contienen un profundo abordaje de la salud mental y del cambio de paradigma médico hegemónico al social, mediante la única referencia a la ley 26657. Sin embargo, incluye un discurso que contiene la lógica de acompañar a un *paciente con grave padecimiento mental hacia la cura o hacia la mayor autonomía posible*. Siendo que la propia Ley de Salud Mental sancionada en 2010 indica que:

“se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”

Y sobre los derechos de las personas con padecimiento mental dice *“Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”*

Asimismo, indica

ARTÍCULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

La representación colectiva entre los acompañantes terapéuticos y las demandas de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras, tal vez podría estar mediada por la idea de que estas afecciones no son menester del servicio de acompañamiento terapéutico bajo la influencia de la bibliografía instituida, puesto que “en estos casos no hay grave padecimiento mental” sino meras limitaciones físicas que simbólicamente se asocian a las

incumbencias asistencialistas y rehabilitadoras de especialidades fonoaudiológicas, kinésicas, ocupacionales, neurológicas e incluso, educativas de salud, es decir del resto de la salud, de la salud que no es mental.

En las bibliografías instituyentes, en cambio, encontramos abordajes de esta temática desde la Convención Internacional de derechos para personas con discapacidad, la ley de Salud Mental, la ley nacional de Educación, el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, porque en ellas no se pierde de vista que el cambio de paradigma (del modelo biologicista médico hegemónico al modelo social y de derechos humanos) surge de movimientos sociales en lucha y no de meras modificaciones en la concepción sobre el abordaje de ciertos diagnósticos. Además, el cambio de paradigma desde la noción completa de todo el marco reglamentario nos ayuda a entender que el abordaje de la salud mental no se limita a las prácticas terapéuticas para pacientes en situación de tratamiento psiquiátrico sino que nos interpela a todas las disciplinas terapéuticas asistenciales a revisar y modificar nuestros quehaceres cotidianos.

La CDPC define a la persona con discapacidad como aquella que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Estas barreras que generan situaciones problemáticas de discapacidad se encuentran en cuatro aspectos de la vida de una persona con cualquier tipo de deficiencia:

1. en la Comunicación y el Lenguaje, cuando no tiene o no se reconocen sus sistemas de comunicación alternativos y sus formas de expresión.
2. en la Discriminación, cuando en las relaciones vinculares y cotidianas encuentra personas que prohíben o restringen su derecho a la autonomía posible.
3. en la falta de Apoyos Necesarios con productos y servicios de diseño universal o ayudas técnicas específicas
4. en la falta de Ajustes Razonables para modificar u organizar su entorno de manera más accesible según sus necesidades y particularidades.

En las nuevas escrituras de AT x ats se propone que el objeto de estudio en cada acompañamiento terapéutico sean las barreras que impiden acceso al desarrollo de la autonomía posible, y que estos cuatro aspectos donde éstas se pueden encontrar y “estudiar” en particularidad, sean considerados como los ejes de acción profesional en AT. (Pollio, S. 2021). El acompañante terapéutico, como indica su rolé, debe desarrollar su actividad *promoviendo el ejercicio efectivo de sus derechos, bajo el paradigma de salud comunitaria y colectiva.*

Si entendemos que la persona que acompañamos y las personas de su entorno son usuarios de nuestro servicio, empezaremos a considerar profundamente que el saber lo tiene el otro, nunca el acompañante, puesto que vincularnos con los otros para conocer su saber cotidiano nos posiciona como profesionales competentes, evaluadores de situación en la que podremos identificar barreras y determinar necesidades de intervención capaces de ofrecer respuestas a las propuestas del otro. El acompañado es portador de un saber

cotidiano que activará la competencia profesional del acompañante terapéutico, compuesto de un saber técnico e instrumental.

El saber cotidiano es esa subjetividad que emerge cuando la persona expresa mediante manifestaciones cara a cara lo que piensa, desea, necesita, quiere, tiene, no tiene, quisiera, puede o no puede mientras transcurre cualquier actividad de la vida diaria. El acompañante lo puede identificar con todos sus sentidos disponibles (Pollio, S. 2021).

Se trata de lo que Viviana Bálsamo (2018) en Acontecimiento y emancipación, clínica del acompañamiento terapéutico en Discapacidad, llama "la clínica del detalle". Toda conducta manifiesta comunicación de saber cotidiano que merece respuesta técnica por parte del acompañante terapéutico, por eso toda respuesta de AT debe partir de una observación capaz de evaluar algo de posibilidad.

La persona acompañada debe *usar* nuestro servicio a su favor para desarrollar la mayor autonomía posible. Para ello, primero debemos pensarla y creer en ella en términos de *usuario*. Luego podremos avanzar hacia el conocimiento de su saber para ofrecerle un servicio ajustado a sus necesidades. La efectividad del AT no está en el logro del acompañado, sino en lo que Fernando Camacho (2021) Consideraciones intempestivas denomina *la alianza colaborativa, mediada por un modelo de relación inédito entre el acompañante y el acompañado, que parte por la consideración genuina por parte del acompañante sobre las capacidades del acompañado de encontrar la forma de superar sus propios obstáculos apoyándose en esa forma de vínculo nuevo, capaz de generar acto social desde ambos hacia el resto de la sociedad.*

CAPÍTULO 2

HALLAZGOS DE EXPLORACIÓN

De las respuestas obtenidas a partir de las entrevistas realizadas a trece acompañantes terapéuticos de Argentina se pueden cruzar variables para obtener datos exploratorios interesantes según la trayectoria, el nivel de estudios en AT alcanzado, la bibliografía de referencia y las respuestas técnicas que dan o darían frente a solicitudes de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras justificando su rol incumbente.

La mayoría de los acompañantes terapéuticos interesados en participar de la entrevista tienen entre 5 y 10 años de experiencia en campo. Asimismo, la mayoría de los entrevistados pasó por un curso de AT inicial y se certificó antes de comenzar su experiencia laboral.

La entrevista se les presentó se les presentó el siguiente ejemplo de solicitud laboral:

“Se solicita AT para paciente joven con movilidad reducida y dependencia física, de lunes a viernes 6 hs”

A continuación se les preguntó qué opinaban sobre este pedido de AT, cómo responderían ellos y por qué, además de indagar sobre las bibliografías que usaban para justificar sus respuestas.

Absolutamente todos los entrevistados explicitaron que la demanda se construye caso a caso, que asesorar y encuadrar el rol del AT en este tipo de solicitudes es fundamental. Sin embargo sólo algunos contaron que en el pasado pactaron una entrevista para llevar esta acción a la práctica. Todos coincidieron que el AT debe estar inmerso en un tratamiento interdisciplinario y que la demanda debe partir de un profesional del equipo tratante. Sin embargo, la mayoría no gestionó instancias de diálogos preliminares habiendo recibido solicitudes por parte de familiares de la persona con limitaciones neuromotoras en algún momento de sus trayectorias.

Con este dato se puede considerar cómo las bibliografías instituyentes se propagan y se concilian entre los discursos compartidos en la actualidad, a pesar de que aún no logren impactar en las prácticas cotidianas. Tal vez sea porque los discursos instituyentes irrumpen con la fuerza que los caracteriza, sobre todo por la contundencia que contienen las redes sociales como soporte de propagación con una lógica distinta a la difusión de los discursos instituidos en espacios académicos.

Los acompañantes terapéuticos hemos sido capaces de conformarnos y sostenernos en una comunidad virtual, mediada por las redes sociales a partir de la pandemia por COVID 19 gracias a la cual nos conocimos en jornadas, videollamadas en vivo, lives, conversatorios en Meet y Zoom, posteos de reflexiones sobre AT, re posteos, comentarios y reacciones. En esta virtualidad, seguimos escuchándonos y leyéndonos entre colegas de todo el país. Nos resuena lo que decimos y cómo lo decimos. Nos adoptamos los discursos contenedores de nuevas formas de comunicar lo que hacemos. Aunque en la práctica aún no podamos ejecutar completamente esos discursos instituyentes.

El total de los colegas técnicos en AT y, casi en su totalidad, con una práctica clínica cotidiana cercana a los 10 años de trayectoria, consideran que el caso no necesita AT sino cuidador o enfermero. Los entrevistados principiantes, en su mayoría certificados de curso, coinciden en evaluar este tipo de demandas como inapropiadas fundamentando que el AT se diferencia en sus labores con el enfermero y el cuidador. Mientras que los colegas de trayectoria media, en su mayoría técnicos en AT, consideran que las solicitudes de atención para casos de limitaciones neuromotoras suelen ser inapropiadas porque se desconoce el rol y se lo confunde con la de otras figuras asistenciales.

Podemos analizar este dato en un doble sentido: como ya mencionamos, *asistencia* significa etimológicamente *estar presente de una manera necesaria en una situación de emergencia*. La bibliografía instituida nos motiva tal vez simbolizar “asistencia” a la idea de “asistencialismo”. Asistir asociado a “hacer por el otro” es un simbolismo del lenguaje que determina las prácticas directamente. Por otro lado, si la representación colectiva de los acompañantes terapéuticos está mediada por las bibliografías instituidas más que por los imperativos reglamentarios tal vez sea porque estos estén menos difundidos y abordados en los espacios de formación profesional.

Casi todos los entrevistados refirieron haberse formado con bibliografía instituida, pero también afirmaron conocer que existen autores con enfoques novedosos sobre la práctica profesional, mientras que una minoría explicitó tener acceso a la nueva bibliografía de ATx ats. Además, buena parte de los colegas acordaría una entrevista inicial ante una futura solicitud de este tipo para indagar más en profundidad la pertinencia del AT, las necesidades y requerimientos del caso, incluyendo la posibilidad de sugerir la incorporación de un enfermero o cuidador al dispositivo. Sin embargo, llama la atención a los fines de este trabajo que la mayoría de los entrevistados, siendo técnicos en AT, ni siquiera generaron instancias de diálogos preliminares para conocer el caso planteado en el ejemplo y construir demanda de intervención. De este hallazgo se interpreta que ninguno de ellos contempla la posibilidad de asistir cuerpo a cuerpo ya que todos expresaron que *el AT debe perseguir fines terapéuticos no asistenciales*. Tal vez asociando la noción de asistencia al de “hacer por otro porque obviamente ese otro no puede moverse solo justamente debido a su limitación neuromotora y su condición de dependencia física”

Con este dato podemos observar cómo la fundamentación que dan los colegas para sostener su creencia va acorde al mandato de la bibliografía instituyente pero en contra del rol profesional que indica en casi todos los casos que:

“La actividad del acompañante terapéutico se desarrolla a través de la práctica de estrategias terapéuticas no farmacológicas de asistencia.”

Asimismo, el hecho de que la mayoría de los que rechazó demandas de atención para este tipo de casos haya justificado su accionar explicando que “las labores que se requieren en estos casos corresponden a otras figuras profesionales y que se suele confundir el rol del acompañante terapéutico al pedirle cosas que no son de su incumbencia”, da cuenta de que sus prácticas están regidas por los mandatos instituidos sobre el rol profesional inscripto en las bibliografías en vez de en los marcos legales, donde lo que se espera de un acompañante es una función más que una respuesta técnico-profesional *enmarcado en*

dispositivo de atención terapéutico-asistenciales, como se indica en las leyes provinciales y en el proyecto de ley nacional de AT.

Este dato es muy significativo, puesto que permite acercarnos a la afirmación que considera el conflicto entre la teoría instituida y la instituyente. Colegas con 10 años de trayectoria fueron formados con bibliografía instituida, generadora de las prácticas que siguen teniendo la eficacia simbólica de los mandatos que no contemplan las limitaciones neuromotoras como *graves padecimientos mentales* ni como posibilidades de intervención en AT porque dichas afecciones no están asociadas al ámbito de intervención de la Salud Mental fuertemente impregnado de teoría psicoanalítica donde la palabra es protagonista en el planeamiento de abordaje sobre la emergencia de la subjetividad. En casos limitaciones neuromotoras, la palabra generalmente no es hablada.

Analizando el sentido de la acción a partir de lo que se comunica sobre AT, se podría considerar que las prácticas del acompañante terapéutico quedaron atrapadas en la falsa idea de considerar que Salud Mental y Discapacidad son dos ámbitos de intervención diferenciados por un listado de diagnósticos asignados a cada uno. En una lectura interpretativa sobre el aspecto microsociedad de este postulado, se puede leer autores referentes de AT hablando de ámbitos de intervención como si fueran ámbitos de inserción laboral, cuando el ámbito de intervención profesional es uno solo, la cotidianidad; y el ámbito de inserción o desarrollo laboral incluye problemáticas de salud, modalidades de contratación y cobertura del servicio, lógicas institucionales de escenarios y presencia de actores bien diferenciados. Ninguno de los ámbitos incluye el *versus* instituido sobre Salud mental o la Discapacidad. Así es como operan los discursos, portadores de lenguaje, en la representación colectiva de una práctica compartida como podríamos pensar que pasa en AT.

Sin embargo, el hecho de que la mayoría haya manifestado pactar una primera entrevista la próxima vez que le llegue una solicitud de intervención para este tipo de casos da cuenta de que las bibliografías instituyentes están generando nuevas representaciones colectivas frente a las respuestas prácticas de la profesión.

Asimismo el hecho de que buena parte de los entrevistados considere que el caso consignado como ejemplo disparador en la entrevista “no necesite AT sino cuidador o enfermero” con solo recepcionar la solicitud, sin decodificar ni hacer un análisis estructural del caso nos muestra cómo la representación colectiva opera siempre en tiempo pasado y la reflexión sobre las prácticas sobre las que influye contempla un tiempo futuro.

Todos los entrevistados refirieron fundamentar su postura frente a la demanda del caso planteado con bibliografía instituyente pero ninguno mencionó los marcos legales desde donde ésta se posiciona. Al indagar más sobre sus justificaciones, buena parte de los colegas consideró que “el AT no asiste, no baña, no cambia pañales, no da de comer porque persigue fines terapéuticos no asistenciales”, mientras que una minoría restante indicó que las labores de asistencia podrían encontrar un marco interdisciplinario o bien se podría incorporar la figura de un cuidador o un enfermero para que asista a la persona, casualmente es la minoría que aceptó un caso de atención a usuarios con limitaciones neuromotoras cuando recibió la solicitud y construyó demanda de intervención; siendo acompañantes terapéuticos certificados de cursos donde la obra de AT instituyente tiene mayor difusión en programas de estudio y formación.

Aquí para analizar cómo opera la representación colectiva entre los acompañantes terapéuticos y las demandas de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras en la actualidad, podemos ver cómo, en las nuevas bibliografías, se encuentra la idea de que las demandas no son meros “pedidos” ni “pedidos de amor” sino que las demandas se construyen. La solicitud, el enunciado y el contenido de lo que se nos solicita en un primer contacto (y durante el resto del proceso de AT) debe ser escuchado activamente para poder elaborar respuestas técnicas libres de prejuicio que puedan esclarecer qué puede, que podría, que no puede y qué no podría hacer el acompañante terapéutico con las expectativas que esconde el enunciado y el contenido implicado en la solicitud. Antes, la demanda era el pedido que se podía aceptar o rechazar según el diagnóstico y las posibilidades de autonomía de un paciente; ahora, las demandas se construyen buscando las posibilidades de intervención profesional.

Si pudiéramos poner un ejemplo cotidiano diríamos que si bien se nos puede solicitar explícitamente atención justificando que la persona “necesita que alguien le dé de comer porque no puede hacerlo sola”, eso no significa que la persona no tenga posibilidad de hacerlo mediante algún apoyo técnico, estratégico o metodológico que el acompañante pueda gestionar mediante su experticia. Esto así, porque detrás de las palabras existe un simbolismo, como hemos mencionado ya, capaz de representar objetos, acciones y/o , desde el funcionalismo, *funciones latentes* que deben ser develados a la luz de un análisis estructural del caso que se presenta.

Con estas respuestas podemos ver claramente que la limitación neuromotora queda asociada a una particularidad diagnóstica de la que la salud mental no puede ocuparse por ser menester de “la otra salud”, la que no es mental, la salud del cuerpo. Este es el motivo por el cual, el discurso de la construcción de la demanda mediada por la pausa, la escucha activa para evaluar la pertinencia y/o la posibilidad de abordaje AT para brindar respuesta técnica queda limitada a los casos que lo instituido señala: graves padecimientos mentales. Además de identificar que la afirmación que dan al justificar que “el at persigue fines terapéuticos no asistenciales” es legalmente falsa.

Sin embargo, en otros términos: la gramática es simbólica; está afectada por los efectos de significación producto de las leyes del significante (aquí, las representaciones). Esto podría explicar el hecho de que si bien, existe una tendencia a rechazar atención de AT para personas con limitaciones neuromotoras moderadas y/o severas, hay una nueva semántica capaz de darle nuevos significantes al rol gramatical del acompañante terapéutico, gracias al cual el profesional que aceptó un caso con estas características, fue capaz de encontrar una nueva funcionalidad al ese rol gramatical que imprimió legalidad desde el comienzo de la práctica colectiva. Así pues, a partir de esas nuevas experiencias, surge una nueva gramática que tiende a imprimir nuevas representaciones colectivas en el plexo AT.

CONCLUSIÓN

Si bien la entrevista y sus resultados constituyen una muestra no probabilística, sirven para abordar una posible explicación sobre cómo opera la representación colectiva del rol del AT frente a las respuestas a las solicitudes de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras.

Efectivamente, la representación colectiva está compuesta por prácticas comunes entre los acompañantes terapéuticos mediadas por “reglas” simbólicas absolutamente signadas por la bibliografía instituyente que asocia el desempeño a casos con problemática psiquiátrica, aunque discurre el abordaje caso por caso en discapacidad, ámbito educativo, judicial, inclusión sociolaboral, vulnerabilidad social.

El hecho de que se haya definido desde un comienzo y con ahínco el aspecto psicoterapéutico en la modalidad de abordaje del acompañamiento terapéutico, es lo que podría determinar que el acompañante ofrezca respuestas técnicas o prejuzgue toda solicitud de casos mediados por limitaciones neuromotoras como una *demanda inapropiada* con incumbencias correspondientes a otras figuras de asistencia, asociada al asistencialismo.

Puesto que la psicoterapia se define como un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo; como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial, el acompañante terapéutico, formado en el lenguaje psi, internaliza simbólicamente las reglas de su práctica siempre mediadas por la palabra, nunca por el contacto físico y mucho menos por la palabra expresada en formas alternativas de comunicación. Según el funcionalismo existen *aspectos disfuncionales* del comportamiento en sociedad, materializados en prácticas comunes que suponen rasgos desafiantes al orden existente. Es lo instituyente tratando de emerger entre lo instituido. Lo instituido, habiendo generando representación colectiva en mandatos sobre lo que el AT no es y no hace, imprimiendo legalidad a prácticas sobre el abordaje de la locura asociado a la salud mental; mientras lo instituyente trata de colarse como nueva bibliografía que resiste y desafía el cambio fundamentando praxis. Una praxis generadora de teoría, por el momento operando como disfunción.

La atención profesional para personas con limitaciones neuromotoras queda asociada, por ello, a las disciplinas que ofrecen servicios terapéutico-asistenciales de salud física, distintos a los que se ofrecen en salud mental; en un falso dilema regido por las bibliografías instituidas que imprimen rolê para pacientes con graves padecimientos mentales en vez de para usuarios con capacidad para usar el servicio de AT en favor de desarrollar autonomía e independencias posibles, aunque sea con asistencia física, sin que por ello se trate de asistencialismo.

Incluso, a pesar de que el código de ética más difundido en todo el territorio argentino, considerado dentro del corpus teórico instituido, nos manda a *asistir a pacientes, a consultar con el “tratante” para orientar la tarea de at y a rechazar el caso solo cuando no haya terapeuta, coordinador o profesional a cargo del tratamiento*, la bibliografía instituida parece

tener más impacto a la hora de responder frente a las solicitudes de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras.

Respecto del lenguaje que empleamos para explicar y fundamentar el tema de la demanda sobre casos con limitaciones neuromotoras, incluye palabras como asistencia, dependencia, comunicación alternativa, necesidades básicas como aseo, alimentación, vestimenta, mobiliario, etc. A sabiendas de que función social de la lingüística, es hacer evidente lo que sabemos de forma implícita, en lo que se refiere a ser capaces de emplear la lengua en la práctica, podríamos concluir, a partir de este trabajo exploratorio, que los resultados de las entrevistas están atravesados por el famoso dicho que dice “haz lo que yo digo pero no lo que yo hago”. Lo que solemos decir es porque primero está aprendido, más no siempre aprehendido. Puede que usemos el léxico de la bibliografía instituyente aún si haber experimentado ni intentado experimentar individualmente prácticas que se opongan al orden establecido. Acompañantes terapéuticos, técnicos, profesando la necesidad de construir demanda para evaluar pertinencia y posibilidad de abordaje pero practicando el rechazo de la solicitud frente a casos donde la particularidad diagnóstica se caracteriza por la presencia de limitaciones neuromotoras que incluye dependencia física. Esta situación nos habla de disponibilidad tanto como de disposición.

Según la RAE (2014) la *etimología* la “Especialidad lingüística que estudia el origen de las palabras”, incluye la ortografía en tanto conjunto de normas y reglas sobre la escritura de una lengua. Sobre las palabras disposición y disponibilidad podemos decir que el prefijo “dis” de la *dis*-posición representa aquello que no está, está mal, falta, está en una posición, en un lugar y/o en un tiempo equivocado, por eso necesita *praxia*, un concepto aunque se use en el ámbito de la neurología, sirve para analizar nuestro ejercicio profesional en AT, como aquella instancia que opera para ordenarse, ubicarse, planificarse. En otras palabras, necesita “pautas para moverse hacia la acción”, a partir de entonces, posicionada. Una acción posicionada a futuro: una respuesta a lo “dis”.

Aquello *dis* aparece en los diálogos preliminares, la conversación sobre lo que se siente, se percibe y efectivamente no está, está mal, falta o está en una posición, lugar y/o tiempo equivocado. Justamente lo *dis* no solo es lo que convoca al AT sino que además es lo que amerita su pertinencia. Y cuando hablamos de evaluar la pertinencia del AT en un caso no estamos diciendo que todo lo *dis* incluye intervención de AT, pero sí, respuesta técnica por parte del profesional. Sin embargo, estamos de acuerdo en que no puede determinarse la impertinencia de AT sin haber evaluado previamente el caso.

Siguiendo esta lógica, no es posible evaluar pertinencia desde un simple enunciado de solicitud. Sobre todo, considerando que el legado de la semiótica es justamente “sacar a la luz” lo que se intenta decir y no se dice. Es decir, aquello *dis*.

La fuerza instituyente, a la luz de la formalidad y la formalización que va adquiriendo cada vez con más expansión la formación y el ejercicio legal de la profesión, nos invita a pensar en el rolê de desempeño con una nueva representación colectiva; es decir con nuevos mandatos que intentan instituirse. Intentan: les falta tiempo para eso. Se divulgan con cierta rapidez, se aprenden poco a poco pero aún les falta lugar en las academias para que generen nuevas prácticas profesionales.

En este sentido, y considerando que las solicitudes de atención no son demandas de abordaje y mucho menos necesidades de intervención profesional, si previamente no pasaron por un análisis estructural del caso en instancias de pre encuadre y diálogos preliminares, el hallazgo en la exploración de las entrevistas nos muestra cómo la representación colectiva sobre los casos de atención para usuarios con limitaciones neuromotoras severas está absolutamente atravesada por la eficacia simbólica de los mandatos instituidos, escritos en los años 80, 90 y 2000, al influir directamente en las prácticas profesionales desde hace más de 10 años. En esa “autoridad” ajena a cada acompañante terapéutico en particular, donde prima la atención para casos con “grave padecimiento mental” y con “abordaje psicoterapéutico” basado en la palabra hablada como puente indiscutible del desentramando que dé lugar a la ansiada “emergencia de la subjetividad”, se ve la relación que el colectivo de acompañantes terapéuticos hace para responder a la demanda, profesando una evaluación que en la práctica no lleva a cabo.

En este sentido, la dis-posición se liga a la *falta de posición* de los acompañantes terapéuticos a causa de una representación colectiva que les impide posicionarse como el rolé legal indica, porque se impone la norma que relaciona la asistencia que el caso solicitado requiere a roles profesionales ajenos al propio.

Por otro lado, la *dís*-ponibilidad, en tanto probabilidad de posicionarse o bien, de que un elemento esté en un estado operable y comprometible al comienzo de una misión cuando la misión se solicite en un tiempo aleatorio. Se trata de una noción que nos introduce en la idea de ejecutar aquello que “se podría poner en práctica” en términos instituyentes, todavía como novedoso. Esto es, de *tener ganas de experimentar* que asistencia no es sinónimo de asistencialismo y que en ese aprehendizaje, hay abordaje terapéutico posible contemplando ese “estar como el otro necesita que se esté” dando lugar a la palabra en formas alternativas al lenguaje hablado, aunque sea cuerpo a cuerpo, en forma literal y no simbólica, con la mera presencia y conversación hablada.

Esta probabilidad de aceptar casos en donde la “misión” sea construir demanda de atención pertinente, y asistir físicamente implique gestión terapéutica, está íntimamente relacionada a la voluntad de soportar técnica, emocional y físicamente los requerimientos del caso con particularidades diagnósticas que acarrear. En otras palabras, soportar que el usuario, en tanto persona que usa el servicio de AT a favor de desarrollar la independencia y la autonomía posibles, no hable con oralidad, no se mueva por sí mismo, no gesticule cómo estamos acostumbrados a identificar en los rostros de los interlocutores independientes, etc. Soportar esos cuerpos “rotos” o “fallados”, soportar no conocer otras formas de comunicación que no sean las habladas y gesticuladas naturalmente, soportar la impotencia que nos devuelven las limitaciones irreversibles del usuario. Al fin, soportar la imposibilidad de “dirigir la cura”. Detrás de estos *cuerpos fallados* hay asistencia posible conviviendo con la necesidad de asistencialismo, que de ser necesario en el quehacer podremos gestionar mediante la incorporación de otra figura profesional. La propia experiencia me lo confirma. De la propia experiencia nació la teoría que es parte del movimiento instituyente.

Al fin y al cabo, las prácticas que estructuran la profesión del AT son condición y resultado que contiene representación colectiva sobre la praxis profesional porque los acompañantes terapéuticos las recrean continuamente dentro de la tensión entre el saber instituido y el saber instituyente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

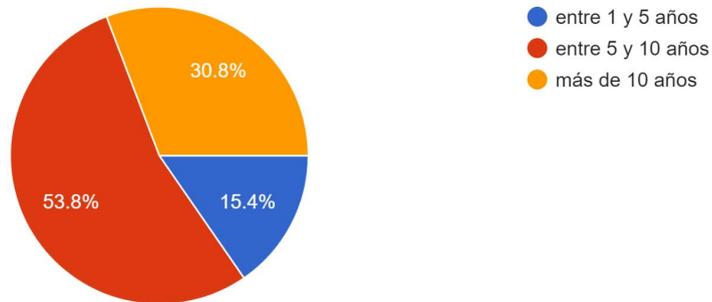
- Bálsamo, Viviana (2018) en Acontecimiento y emancipación, clínica del acompañamiento terapéutico en Discapacidad. Ed. Lago Editora.
- Camacho, Fernando (2022) Consideraciones Intempestivas en AT. Ed. Letra Viva
- Chevez, Alejandro (2012) en Acompañamiento Terapéutico en España. Ed. Universo de Letras.
- Código de ética del AT (AATRA, 1997)
- Convención Internacional de derechos para personas con discapacidad (2008)
- Dozza, Leonel (2011) Manifiesto anti asistencialista 1° parte- Área 3, N° 15
- Funes, Ernesto (2004). Representaciones Colectivas y 'Lógica del Significante' en la obra de Émile Durkheim. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Giddens, A. (1998) La teoría sociológica . extracción Alianza Editorial. UNL
<https://perio.unlp.edu.ar/catedras/introalpensamiento/wp-content/uploads/sites/49/2020/03/T03-GIDDENS-La-teor%C3%ADa-sociol%C3%B3gica.pdf>
- Gómez, Federico y Pollio Sabrina (2021) Demandas en Acompañamiento Terapéutico. AT PODCAST Ciclo de micros radiales https://lnns.co/d_q7vUCGYQg
- Gonzalez, José (2020) Encrucijada entre el ser y la praxis en AT. Ed. Tinta Libre
- Gueglio, Juan Pablo (2021) Qué atendemos cuando ATendemos. Ed. Autores de Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010)
- Leyes provinciales de ejercicio profesional del AT
- Neurología Revista Digital (2020) La neurorrehabilitación, un proceso de alta complejidad <https://neurologia.com/>
- OMS (2001) Clasificación Internacional de Funcionamiento. CIF.
- Pollio, Sabrina (2021) Epistemología del Acompañamiento Terapéutico. Ed. Autores de Argentina

- Proyecto de Ley Nacional de regulación de ejercicio profesional de AT
<https://drive.google.com/drive/folders/1XdRNqXWZfAD9KgK-FYs2yNwM3jtcCoFc>
- Rossi, Gustavo (2007) Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, sus redes y sus interlocutores. Ed Polemos.
- Schvarstein (1991) Psicología social de las organizaciones: nuevos aportes. Ed Paidós.
- Temas para la Educación Revista digital (2010) Deficiencias Motoras-
<https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7341.pdf>

ANEXOS

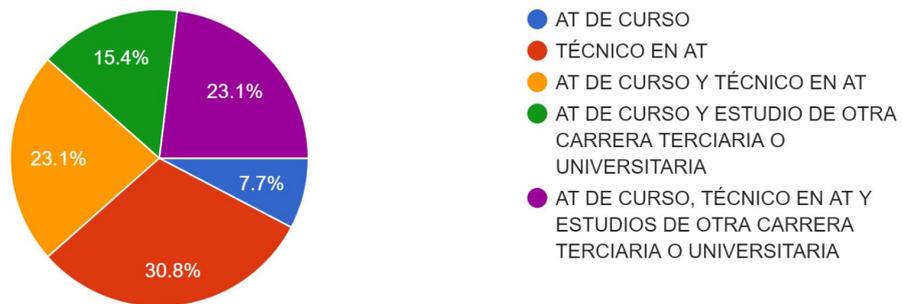
¿Cuál tu trayectoria como AT desde que tus primeros estudios sobre la función y el rol profesional?

13 respuestas



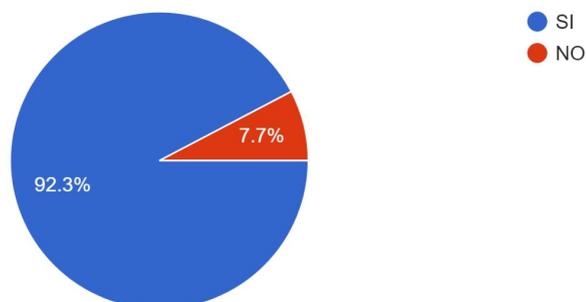
NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO

13 respuestas



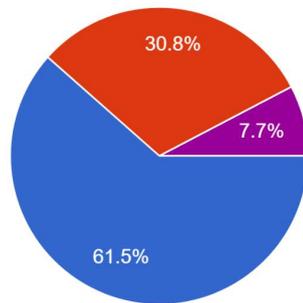
¿ALGUNA VEZ RECIBISTE UNA SOLICITUD DE ATENCIÓN PARA TRABAJAR EN CASOS QUE PRESENTEN LIMITACIONES NEUROMOTORAS?

13 respuestas



¿QUIÉN HIZO LA DEMANDA?

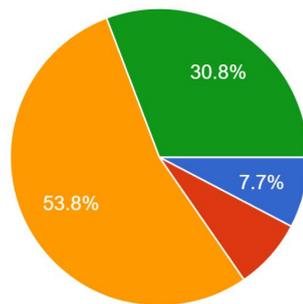
13 respuestas



- UN FAMILIAR
- UN PROFESIONAL DEL EQUIPO
- EL USUARIO
- EL PACIENTE
- UN COLEGA
- UNA PERSONA ALLEGADA AL CASO

Si en la primer entrevista te contaron o te contarán que la persona no puede comer, bañarse, vestirse, ni movilizarse por si sola, vos tendés a pensar que:

13 respuestas

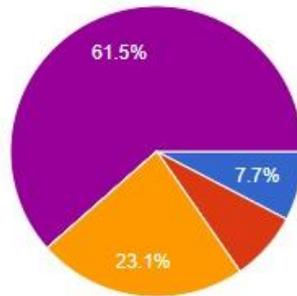


- el AT no asiste, no da de comer, no cambia pañales, no baña
- el AT trabaja sobre la problemática puntual de la salud mental afectada
- que el AT persigue fines terapéuticos no asistenciales
- otra opción

¿Qué referencia bibliográfica te ayuda fundamentar tu criterio respecto a las respuestas que diste hasta ahora?

 Copiar

13 respuestas



- Las funciones del AT de las Lic. Susana Kuras y Silvia Resnisky
- Lo que el AT no es y no hace del Lic. Gustavo Rossi
- Los límites y las fronteras del AT de la Lic. María Laura Frank y del Lic. Pablo Dragotto
- La transferencia y la dirección de la cura del Lic. Gabriel Pullice
- otra opción

Si elegiste otra opción ¿podrías contarme cuál? ¿Sumarías alguna aclaración al respecto?

9 respuestas

Creo que más que todos esos libros, la experiencia. Además, claro, que los leí a todos. Pero en la experiencia de trabajar en equipos interdisciplinariamente, fue lo que me más ayudó a delimitar nuestro rol como ats.

La epistemología del acompañamiento terapéutico de Sabrina Pollio, el acompañamiento terapéutico de Lionel Loyden las superviciones con Sabrina Pollio, Viviana Bálamo y Marcelo Rocha que me ayudaron a entender el rol.

En realidad he estudiado esos autores y muchísimos más y al día de hoy sigo estudiando e indagando en autores actuales que son AT. También mi experiencia trabajando de AT me ha llevado a analizar y repensar varias escenas que dieron lugar a construir fundamentos mediante la praxis.

NOTA: el 3,85 % indicó “lo que el AT no es y no hace” de Gustavo Rossi y el otro 3,85% indicó “la transferencia y la dirección de la cura” de Gabriel Pullice. El gráfico de tortas no muestra los colores de estas porciones por características propias de la herramienta utilizada para realizar la entrevista (Google Forms)