

Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico



INSTITUTO SUPERIOR REDBA

A-1535

Materiales didácticos

Práctica Profesionalizante I: El Rol Profesional del Acompañante Terapéutico

BIENVENIDA AL ALUMNO y al LECTOR QUE RECORRE

ESTAS PÁGINAS

Te doy la bienvenida a esta etapa que te encuentra cursando los primeros pasos en esta carrera. Imagino que si nos hemos encontrado en este espacio será por tu “Vocación por el Ser Humano”, vocación que crecerá a lo largo de los años venideros de estudio.

Tal vez coincidas conmigo en esto: estamos en proceso permanente de crecimiento y aprendizaje.

Tal vez seas alguien que, por esas cosas de la vida, te llegó este texto y estás allí recorriendo estas líneas... Como sea, como deseo de contarte la intención de este trabajo, voy a dejarte una frase de un antiguo filósofo: Séneca en una de sus “Cartas a Lucilio”:

(...) “te enviaré pues, los mismos libros, a fin de ahorrarte la tarea de andar buscando por todas partes las cosas provechosas, y añadiré notas para que puedas hallar al momento cuanto apruebo y admiro”.

Así querido lector, espero que encuentres aquí lo suficiente para beber de esta fuente y lo suficiente para que te inspire a realizar nuevas búsquedas que amplíen e incluso reemplacen parte de lo aquí expuesto.

Porque ése es el objetivo: que puedas desarrollar, investigar, proponer... en fin, crecer y desplegar tu navegación y que recorras varios autores, no para pensar cómo ellos sino para pensar con ellos.

En este siglo XXI cuentas con tanto acceso a la información que sería interminable pretender volcar todo en el presente texto. Por ello, es que estas líneas apenas quieren ser una invitación al desarrollo de tu carrera.

Seguramente, junto a los docentes, recorrerán juntos este apasionante y enriquecedor camino. Así comenzamos a navegar estos mares y nos permitimos sumergirnos en sus profundidades, ¿cuán profundo? Tanto cómo tú lo elijas, espero no por eso te olvides de lo que está en la superficie, el aquí y el ahora.

Esperamos que esta guía te sirva para recorrer el camino junto y sepas que eres parte de estos contenidos a partir de la invitación de nuestra plataforma a participar activamente en el desarrollo, modificación y aportes nuevos junto a tus compañeros de cursada.

Esperamos que nuestra plataforma les ofrezca todos los elementos para poder enriquecerse de contenidos tanto de textos, audiovisuales y gráficos; deseando ser para ustedes “mapas y brújula de navegación”.

Sean curiosos...pregunten...imaginen...permítanse dudar. Las certezas acotan nuestro proceso de aprendizaje...porque si hay certeza, ¿para qué aprender?

¡Nuestros mejores deseos en este camino que han iniciado!

INDICE.

Bienvenida al alumno.....	2
Índice.....	3
Referencias.....	6
Orientaciones para el estudio.....	8
Programa de la materia.....	10
Programación de las actividades de la Práctica Profesionalizante.....	11
UNIDAD 1: El paciente y su medio	15
1.1 Ámbitos de la conducta.....	16
1.2 La conducta y sus ámbitos de acción	20
1.3 Las modalidades del dispositivo de acompañamiento terapéutico	22
1.4 El paciente y la familia	24
Actividad obligatoria de la unidad 1.	32
Guía de autoevaluación de la unidad 1.	34
Bibliografía obligatoria de la unidad 1.....	35
Bibliografía complementaria de la unidad 1.....	35
UNIDAD 2: El trabajo con el paciente y el cuerpo médico tratante	36
2.1 El trabajo con el paciente	37
2.2 La amistad en la operatividad del AT.....	45
2.3 Trabajo con el equipo y el cuerpo médico tratante.....	58
Actividad obligatoria de la unidad 2.....	67
Guía de autoevaluación de la unidad 2.	71
Bibliografía obligatoria de la unidad 2.....	72
Bibliografía complementaria de la unidad 2.....	72

Práctica Profesionalizante primera etapa: actividades preparatorias	73
UNIDAD 3: Diagnóstico, hipótesis de trabajo en el marco de la interdisciplina	76
3.1 El diagnóstico	77
Actividad obligatoria de la unidad 3.....	90
Guía de autoevaluación de la unidad 3.	91
Bibliografía obligatoria de la unidad 3.....	92
Bibliografía complementaria de la unidad 3.....	92
UNIDAD 4: El autoconocimiento del profesional.....	93
4.1 El funcionamiento óptimo de la persona.....	94
4.2 El trabajo profesional sobre los puntos ciegos.....	98
4.3 La inteligencia emocional del profesional.....	102
4.5 La asertividad del profesional	107
Actividad obligatoria de la unidad 4.....	110
Guía de autoevaluación de la unidad 4.	112
Bibliografía obligatoria de la unidad 4.	112
Bibliografía complementaria de la unidad 4.....	113
Práctica Profesionalizante segunda etapa: desarrollo de las prácticas en contextos simulados...	114
UNIDAD 5: La Observación: condiciones de la observación, atención, percepción, sensación, y reflexión de las experiencias vividas en el ámbito de la ayuda profesional.....	125
5.1 La observación	126
5.2 Condiciones de la observación.....	132
5.3 Atención, percepción, sensación y reflexión.....	137
Actividad obligatoria de la unidad 5.....	150
Guía de autoevaluación de la unidad 5.	151
Bibliografía obligatoria de la unidad 5.	153

Bibliografía complementaria de la unidad 6	153
UNIDAD 6: Registros experienciales, registros fenomenológicos, ficha del paciente e informe escrito	154
6.1 Los registros experienciales y fenomenológicos del profesional	155
6.2 El informe psicológico del paciente	163
6.3 La ficha del paciente.....	172
6.4 Informe clínico de acompañamiento terapéutico	175
Actividad obligatoria de la unidad 6	178
Guía de autoevaluación de la unidad 6	179
Bibliografía obligatoria de la unidad 6	184
Bibliografía complementaria de la unidad 6	184
 Práctica Profesionalizante tercera etapa: desarrollo de prácticas en contextos reales	 186
 UNIDAD 7: La comunicación verbal y no verbal en el ámbito laboral.....	189
7.1 La comunicación humana	190
7.2 Características de la comunicación	194
7.3 Modelos de comunicación: analógico y digital	197
Actividad obligatoria de la unidad 7.....	204
Guía de autoevaluación de la unidad 7	205
Bibliografía obligatoria de la unidad 5.....	206
Bibliografía complementaria de la unidad 7.....	206
 Práctica Profesionalizante cuarta parte: Cierre y evaluación de la experiencia	 207
Bibliografía general de la materia	211
Glosario de la asignatura	213
Respuestas a las guías de autoevaluación	219
Modelo de fichas para la redacción de informes	237

REFERENCIAS



.....Glosario



.....Bibliografía



.....Antes



.....Después



.....Autoevaluación



.....Actividad Obligatoria



.....Muy importante



.....Definición



.....Recordar



.....Descargar



.....Audio



.....Video



.....Destacado

ORIENTACIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL TALLER.

En esta oportunidad UD comienza a cursar la Práctica Profesionalizante I: el Rol del Acompañante Terapéutico, que lo pondrá en contacto con los ámbitos reales del trabajo. La estrategia didáctica por desarrollar es el estudio de casos a resolver en contextos simulados y reales.

Como todos los espacios de práctica, adopta la modalidad de taller, lo que implica una orientación a la acción, al trabajo y a la producción. El taller requiere de la participación activa de los estudiantes en torno a un proyecto concreto de trabajo contextualizado. Esta dinámica les permitirá a los cursantes, la puesta en juego de conocimientos, procesos de pensamiento y realización de actividades en interacción con los compañeros, favoreciendo el establecimiento de acuerdos en torno a la tarea a realizar, el respeto por las normas y el esfuerzo colectivo para el logro de un objetivo común.

Le recordamos a UD que no estará solo, el taller cuenta con tutorías presenciales y no presenciales en las cuales se realizarán las actividades de planeamiento y seguimiento de la práctica, así como la reflexión sobre las mismas. Además, se podrá poner en contacto con el profesor tutor a través de las tutorías virtuales.

El Instituto cuenta con un campus virtual que es el entorno donde se desarrollan las tutorías no presenciales y los foros en los cuales UD deberá participar, según el cronograma que se publique de la materia. Además, desde el mismo podrá acceder a materiales de consulta y links con numerosos sitios de interés para la carrera.

El presente Módulo, publicado especialmente por el Instituto, pretende ser el soporte básico para el desarrollo de las temáticas del taller de la Práctica Profesionalizante I. En él encontrarán explicitados todos los temas del programa, a fin de que a medida que UD los desarrolle pueda lograr una real comprensión de los mismos.

Asimismo, UD encontrará detalladas las Prácticas Profesionalizantes a realizar a lo largo del cuatrimestre sobre el Rol del Acompañante Terapéutico y el acercamiento a su campo laboral, con las orientaciones y las consignas para cada una de las actividades programadas. Durante su desarrollo, además de las tareas acordadas, UD deberá realizar producciones de documentos que le servirán de base para la elaboración de los informes de avance que le solicite el tutor docente. Una vez realizadas todas las actividades deberá elaborar el Informe Final que será de suma importancia para la apropiación del taller.

La lectura comprensiva de los autores que figuran en la bibliografía obligatoria al finalizar cada unidad, será necesaria para la profundización de los temas más significativos para la realización de las prácticas.

La realización de las actividades sugeridas le permitirá corroborar sus saberes e identificar sus dificultades, si las hubiere, en tal caso podrá conectarse a través de nuestra plataforma de EARNING con el profesor-tutor para que aclare sus dudas.

Le recordamos que el trabajo ordenado y el desarrollo de todas las actividades facilitarán la realización de su propio proceso de aprendizaje.



Relea esta “Guía Didáctica” las veces que estime necesario.



Organice su tiempo de estudio; haga su propio cronograma.



Lea el cuadernillo autoinstructivo en la forma secuenciada en que se presenta.



Consulte la Bibliografía.



Incorpore el vocabulario específico; recurra al glosario.



Recurra a su tutor ante cualquier duda y/o dificultad.

PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE I: EL ROL PROFESIONAL DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

PROGRAMA DE LA MATERIA

FUNDAMENTACIÓN

Esta Primer Práctica Profesionalizante buscará generar un espacio para iniciar al alumno en el contenido de los ámbitos de trabajo y las habilidades, competencias y actitudes necesarias para la tarea de ser Acompañante Terapéutico.

Se animará al alumno a manifestar una manera de ser, donde comience a explorar la comprensión empática, la validación de la experiencia hacia el paciente en relación con la enfermedad que padece y la congruencia en el ensayo del rol, con la intención de que incorpore este tipo de comunicación interpersonal desde el enfoque humanista, preparándose desde la práctica para el ámbito donde se desempeña.

OBJETIVOS

- Favorecer la exploración personal y el desarrollo de las actitudes básicas para el Acompañamiento Terapéutico.
- Promover una actitud reflexiva de autoexploración e introspección con el propósito de desarrollar y mejorar de forma continua el ejercicio de la profesión.
- Realizar un acercamiento a los ámbitos físicos en los que se desarrolla la profesión.
- Acercar al alumno a conocer diferentes problemáticas y personas que necesitan acompañamiento terapéutico.

CONTENIDOS MÍNIMOS

El paciente y su medio. El trabajo con el paciente y el cuerpo médico tratante. Diagnóstico, hipótesis de trabajo en el marco de la interdisciplina. El autoconocimiento del profesional. La observación. Condiciones de la observación: atención, percepción, sensación, y reflexión de las experiencias vividas en el ámbito de la ayuda profesional. Registros experienciales. Registros fenomenológicos. Ficha del paciente. Informes escritos. La comunicación verbal y la no verbal en el ámbito laboral.

PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE I

La Práctica Profesionalizante 1 se llevará a delante de la siguiente manera:

El alumno será puesto en contacto a partir de casos narrados o role playing con un a situación de acompañamiento terapéutico de un paciente a partir de la cual deberá observar diferentes situaciones clínicas que surgen del acompañamiento de ese paciente.

Deberá reflexionar, articular los contenidos y desarrollar una estrategia acorde al tratamiento planteado por el médico.

Se evaluarán los siguientes ítems:

- La capacidad para organizar el trabajo en el tiempo fijado.
- El cumplimiento de los objetivos previstos.
- La creatividad y profundidad de los estudios realizados.
- La precisión en el empleo del lenguaje específico.
- La capacidad para consulta de diversas fuentes de información.
- La pertinencia en la presentación escrita.
- La capacidad de relacionar los conceptos teóricos con una situación práctica.
- El compromiso con la carrera y con la materia.
- La aprobación igual o mayor de 7(siete) de una carpeta PORTAFOLIO.

Programación de las actividades de la Práctica Profesionalizante I:

Actividades obligatorias de los estudiantes	Modalidad de trabajo	Lugares en que se realizarán	Cargas horarias
Primera Etapa: Actividades preparatorias			
- Indagar los saberes y experiencias previas. - Lectura comprensiva de los materiales didácticos y la bibliografía obligatoria. - Recuperar conocimientos teórico - prácticos del enfoque centrado en la persona, para una mejor comprensión del rol del A.T.	Aprendizaje independiente complementado con dialogo pedagógico mediado y trabajos colaborativos	Espacios propios del estudiante / Campus virtual	10 horas <i>Estudio independiente</i>

- Construcción de conocimientos teóricos prácticos sobre las técnicas de la observación y la entrevista. - Intervenir en el foro. - Elaborar el plan individual de actividades de cada estudiante			
- Tutorías obligatorias no presenciales distribuidas en instancias semanales de una hora de duración.	Abordaje de problemas de la práctica	Campus virtual	8 horas <i>Tutorías 1bimestre</i>
Segunda etapa: Desarrollo de las prácticas en contextos simulados			
- Presentar casos reales sobre Acompañamiento Terapéutico, través de la proyección de un video o rol playing. - Seleccionar un caso por grupo de estudiantes para realizar el estudio sobre el rol del A.T. - Analizar el caso, movilizando los conocimientos sobre el acompañamiento terapéutico. - Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre el caso seleccionado y las diferentes situaciones que surgen en el acompañamiento terapéutico, utilizando la técnica seleccionada (proyección de video o rol playing).. - Seleccionar y reflexionar sobre las estrategias de acompañamiento terapéutico que se puedan implementar. - Identificar y desarrollar una estrategia de acompañamiento terapéutico acorde con el caso. - Elaborar un informe sobre el caso y la propuesta de	Estudio de casos Rol Playing Observaciones en contextos simulados Análisis de situaciones Selección estrategias de acompañamiento terapéutico	Sede del instituto	25 horas <i>Prácticas profesionalizantes</i>

acompañamiento terapéutico acorde al mismo. - Confeccionar los registros anecdóticos y vivenciales de las observaciones realizadas. - Analizar e interpretar la información relevada. - Organizar el portafolio			
- Primera tutoría obligatoria presencial - Elaboración de una guía de observación sobre el rol del A.T., atendiendo a los siguientes aspectos: · El contacto · La comunicación · El vínculo. · La relación de ayuda. · Las actitudes básicas requeridas. · Las competencias y habilidades del rol.	Abordaje de problemas de la práctica	Instituto	3 horas <i>Tutorías</i>
- Primera instancia de evaluación parcial a distancia: Informe de las prácticas sobre estudio de caso	Trabajo independiente	Espacios propios del estudiante	3 horas <i>Evaluación</i>
Tercera etapa: Desarrollo de las prácticas en contextos reales			
- Preparar y realizar una visita a una organización en que se realiza el acompañamiento terapéutico. - Proyectar y realizar la entrevista de los estudiantes con el referente de la entidad receptora. - Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre la tarea del A.T. en contextos reales, con entrevista posterior a los profesionales. - Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre la tarea del A.T. en los equipos	Actividades de observación en contextos simulados	Organizaciones o instituciones relacionadas con el acompañamiento terapéutico.	27 horas <i>Prácticas profesionalizantes</i>

interdisciplinarios que integra... - Confeccionar los registros anecdóticos y vivenciales de las observaciones realizadas. - Elaborar una escala de apreciación de cada observación y entrevista. - Analizar e interpretar la información relevada. - Organizar el portafolio.			
- Tutorías obligatorias no presenciales distribuidas en instancias semanales de una hora de duración.	Abordaje de problemas de la práctica Intercambio y reflexión	Campus virtual	8 horas <i>Tutorías Segundo bimestre</i>
Cuarta etapa: Cierre y evaluación de la experiencia			
- Cierre de las actividades de observación en la entidad oferente. - Analizar e interpretar la información relevada en las visitas y entrevistas. - Elaborar un informe sobre el rol del A.T. en contextos reales - Presentar el informe con el proyecto elaborado, bajo la orientación del docente., en la entidad receptora	Análisis y reflexión individual y grupal Trabajo colaborativo Práctica del rol profesional	Instituto Campus virtual	8 horas <i>Práctica profesionalizante</i>

Segunda tutoría obligatoria presencial Intercambio sobre situaciones de la práctica - Integración de los conocimientos construidos durante las prácticas Profesionalizantes - Abordaje de los problemas presentados en las observaciones y las entrevistas. - Autoevaluación y evaluación	Trabajo grupal	Instituto	3 horas <i>Tutorías</i>
- Segunda instancia de evaluación parcial a distancia: Informe Final	Trabajo independiente	Espacios propios del estudiante	3 horas <i>Evaluación</i>
- Evaluación final presencial: defensa del Informe final.	Evaluación presencial	Instituto	2 horas <i>Evaluación</i>
Total carga horaria			100 horas reloj

INFORME FINAL:

El informe final comprenderá una síntesis del trabajo desarrollado durante la práctica Profesionalizante I, las etapas y las acciones realizadas, dificultades y logros; además se incluirán los conocimientos construidos sobre el rol del acompañante terapéutico y sus problemáticas, con conclusiones e interpretación de la realidad observada.

Se enviará el informe final al profesor tutor del espacio curricular, en la Segunda Evaluación Parcial Obligatoria a distancia. Una vez aprobado el estudiante podrá realizar su defensa en la Evaluación Final Presencial Obligatoria.

UNIDAD 1: EL PACIENTE Y SU MEDIO

FUNDAMENTACIÓN

Ser acompañante terapéutico requiere de una mirada integral acerca del paciente, su patología y su medio, así como las condiciones contextuales en las que se encuentra inserto.

Sabemos que el acompañamiento terapéutico como dispositivo de abordaje en salud mental se inscribe dentro del movimiento antipsiquiátrico, cuestionando fuertemente el rol del psiquiatra y su mirada desde la psiquiatría tradicional.

Las distintas concepciones acerca de la locura impregnan aún hoy ciertos nichos en los que la institución manicomial sigue apuntando al encierro del paciente con patologías mentales, antes que a su auto valimiento.

Desde el rol profesional del acompañante terapéutico es preciso que podamos entender esas miradas que se reproducen socialmente, aquellos discursos que obturan el proceso terapéutico del sujeto que sufre.

Desde la cotidianeidad del paciente nos proponemos un abordaje integral, dirigido al auto valimiento donde el sujeto sea protagonista activo de su propio proceso terapéutico, integrando todas las áreas de la persona en un abordaje centrado en el humanismo y atravesado por la concepción de sujeto bio-psico-social.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD 1

- Determinar cuáles son los ámbitos de la conducta del paciente para poder integrar las áreas de aplicación de la misma.
- Comprender cuáles son las condiciones socio históricas en las que el paciente como enfermo mental ha sido producido.
- Enumerar los tipos de acompañamiento existentes según la problemática propia de cada singularidad.

1.1 ÁMBITOS DE LA CONDUCTA.

El **sujeto** es sujeto a partir de su entrada a la cultura. Y cuando hablamos de **cultura** lo hacemos teniendo en cuenta las **condiciones de producción histórico-sociales** que preceden a ese sujeto:



Estamos hablando de un hombre situado en un aquí y ahora con un bagaje cultural e histórico que lo precede, por lo tanto, lo produce.

Este sujeto históricamente situado transitará su existencia no como un ser aislado, sino como un sujeto sujetado a las normas culturales que determinan su emergencia.

Sin embargo, hay algunos mitos que debemos pensar para reflexionar acerca del devenir del sujeto y de su construcción histórico-social. Veamos cuáles son esos mitos que, aún hoy, impregnan el pensamiento positivista en las ciencias sociales:

1. Mito del hombre natural.
2. Mito del hombre asilado.
3. Mito del hombre abstracto.



1. **Mito del hombre natural:** postula la existencia de un estado originario que ha sido corrompido por la influencia de la civilización. Lo socialmente adquirido es lo artificial, el estado natural del hombre es lo original, genuino o ideal.

Se habla del retorno al estado originario, natural, desechando lo culturalmente adquirido y condicionado en el ser humano. Indica que el hombre natural es bueno, tiene cualidades que se pierden por la influencia de la organización social, suponiendo un tipo ideal existente en las organizaciones culturales “primitivas”.

Sostiene que esta naturaleza ideal y originaria puede ser reencontrada ya que es inamovible y fija, pudiendo ponerla nuevamente en primer término.

Se habla del **retorno al estado natural anterior a la civilización, considerando a esta última como artificial y convencional.**

Según **Rousseau** las artes y las ciencias han producido la decadencia en el ser humano esencialmente bueno, corrompido por la influencia cultural apartándose de su bondad originaria.

Sabemos que no existe tal hombre natural, refiere a una fantasía de carácter religioso, un hombre hecho por Dios de forma pura que ha sufrido la decadencia al caer en pecado. Esta concepción considera al hombre como un ser invariable y fijo, postulando una justicia natural, y un derecho natural como parte de una ideología.



El hombre es un **producto histórico** que transforma la naturaleza y, en ese proceso, crea la cultura y transforma su propia naturaleza, adaptándose a nuevas situaciones, previendo sus resultados y objetivos.

Como parte de este mito se inscriben las convicciones de que **la enfermedad mental es un castigo divino, merecido**.



2. **Mito del hombre asilado:** supone al **hombre como un ser no social, asilado, que asimila con esfuerzo y gradualmente la necesidad de relacionarse con otros**. Para explicar las razones por las cuales los sujetos entran en contacto con otros se emitió la hipótesis de un instinto gregario o de una energía especial, la libido.

Esta idea está relacionada con la concepción anterior, pasando por alto que el hombre lo es tal sólo en función de ser social, incluso con el elevado grado de individualismo, que también es un producto social.

No se trata de saber cómo los seres humanos aislados devienen en seres sociales, sino cómo de integrantes de una cultura y de seres sociales llegan a resultar hombres asilados. La relación es inversa a la que el mito postula.



Desde el punto de vista del desarrollo biológico a partir de la vida intrauterina, el ser humano vive una profunda compenetración con la vida de otros seres humanos, en una relación simbiótica.



3. **Mito del hombre abstracto:** consiste en estudiar al **hombre como determinado, asilado de situaciones reales, históricas y presentes en las que transcurre su vida**. Cuanto más abstracto es el hombre más idénticas resultan todas las características y más fijas, eternas e inmutables las categorías que se elaboran.

Este tipo de estudio puede resultar pertinente en ciencias naturales, estudiando el desarrollo de ciertos animales o plantas, pero las categorías generales que surgen de sus estudios no pueden ser aplicadas a la singularidad de cada ser humano.

La abstracción que propone este mito conduce a generalizaciones y conclusiones erróneas, descartando las variantes sociales, históricas y culturales.

Encontramos además dos **antinomias** que se complementan con los mitos mencionados. Éstas son:



a. **Individuo-sociedad:** dicta que **el sujeto está limitado, distorsionado o coaccionado por la organización social**. Se relaciona con el mito del hombre aislado, ya que supone que para lograr los beneficios de la vida social el hombre ha tenido que sacrificar la satisfacción de las tendencias individuales que son incompatibles con las normas sociales y la organización cultural en general.

Esta antinomia oculta el componente irracional de la sociedad adjudicándolo a una primitiva organización animal del ser humano, que aún subsiste en cada uno de nosotros, con lo que salva una profunda contradicción implícita en la misma estructura social. Hay que “salvar” la sociedad existente considerando malo y animal al hombre, atribuyéndole los desajustes de nuestra organización actual.

Es lo contrario del mito del hombre natural, por lo que el hombre es bueno y la sociedad mala.

Si tomamos el caso de la guerra esta antinomia postula la existencia de **impulsos instintivos o primitivos que aún subsisten en todos los individuos sobrepasando las barreras del control y la represión cultural**.

El problema reside en que la misma sociedad que reprime y prohíbe la delincuencia, por ejemplo, tiene contradictoriamente en su seno los elementos causales de las mismas, en forma de componentes irracionales no dominados.



Cuando hablamos de un **sujeto en situación, y un sujeto bio-piso-social** apuntamos a que hay una estrecha y permanente relación entre ese individuo y la sociedad. Solo se puede comprender el uno por el otro, ya que dependemos en alto grado de la naturaleza, de nuestros semejantes y de la organización social para la satisfacción de las necesidades.



b. **Innato-adquirido:** esta antinomia está relacionada con otras como naturaleza - sociedad, herencia-aprendizaje. La misma se sostiene en la **falta de comprensión de un proceso dialéctico y se sustenta entre el fijismo y el progresismo**, dos ideologías que luchan por mantener el concepto de una naturaleza y sociedad fijas e inmutables postulando lo innato, mientras que las otras propugnan el mejoramiento y progreso de la organización social con énfasis sobre el aprendizaje, lo adquirido, el cambio y el desarrollo.

Ambas **antinomias** presentan dos posturas irreconciliables, expresando un pensamiento dualista sin idea de proceso. El hombre es un ser concreto, pertenece a determinada cultura, clase social, grupo étnico, religioso. Esa pertenencia no es casual, sino que integra su personalidad. Por eso no se lo debe estudiar de forma abstracta, sino **posicionado en las condiciones concretas de existencia que permitieron su evolución**.



La condición de ser social del hombre nos muestra que **sólo llega a ser tal por su incorporación y organización de las experiencias con los otros**. La condición de ser histórico nos habla de que es producto de un desarrollo en el cual emergen nuevas potencialidades, que no se dan de forma fija ni de una vez y para siempre.

El **medio ambiente** del sujeto es un ambiente social, del que provienen los estímulos necesarios para que se organicen sus cualidades psicológicas. El mismo medio condiciona el conocimiento del sujeto, ya que no se puede conocer sólo por pura reflexión. Todo saber tendrá un encuadre temporal, espacial y cultural.

1.2 LA CONDUCTA Y SUS ÁMBITOS DE ACCIÓN

Lagache¹ define a la **conducta** como:



“el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo.”

Otra definición que nos aporta **Bleger**²:



“conjunto de operaciones fisiológicas, motrices, verbales, mentales por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades”.

Algunas de las características más importantes de la conducta son:

- a. *Es funcional*: tiene una finalidad que es la de resolver tensiones.
- b. *Implica siempre conflicto* o ambivalencia.
- c. *Sólo puede ser comprendida en función del campo o contexto* donde ocurre.
- d. *Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración* o consistencia interna.

Los **ámbitos** donde la conducta se manifiesta según su amplitud son:

¹ Bleger, J (2007) *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires, Editorial Paidós Psicología Profunda.

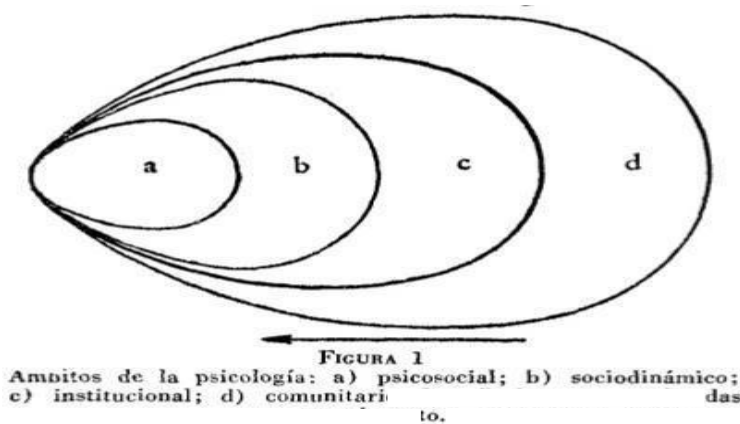
² íbidem.

1. **Ámbito psicosocial:** incluye **un solo sujeto y es estudiado en sí mismo**, de forma autónoma. Se centra en el individuo y su conducta en función de su propio medio familiar, las reacciones de agresión y sometimiento en relación con diferentes tipos de autoridad familiar, el impacto que le significa el ingreso de nuevos miembros en la familia, sus creencias y actitudes como resultado de la educación y experiencias familiares. Los problemas de este tipo deben ser investigados estudiando el campo psicológico del individuo, vale decir aclarando las nociones e ideas sobre su familia en conjunto y sobre cada miembro en particular.

2. **Ámbito sociodinámico:** toma como **unidad el grupo**. Se investigan los problemas concernientes a determinadas familias según determinadas circunstancias. Ejemplo: peligros exteriores que amenazan la felicidad de la familia, muerte o admisión de nuevos miembros en la familia que acarrearán cambios en las relaciones de autoridad, prestigio, etc. Desde este punto de vista es importante medir los índices de rigidez o de maleabilidad del grupo familiar.

3. **Ámbito institucional:** estudia la **relación de los grupos entre sí y con las instituciones** que los rigen. Los problemas típicos son los de la estructura de la familia en las diversas clases sociales (medio urbano, rural, clases adineradas, pobres) las transformaciones de la institución familiar debidas a crisis económicas, guerras, cambios de costumbres.

4. **Ámbito comunitario:** el estudio de **las comunidades y de la relación que poseen con los sujetos que las componen**. Se representa mediante el óvalo que a su vez contiene a los otros tres.



Debemos tener en cuenta que los ámbitos no son excluyentes, ya que **la conducta es una unidad**.



Cuando realicemos un acompañamiento hay que tener en cuenta los cuatro ámbitos en los cuales el sujeto despliega su conducta. Debemos considerarlos a todos en su **unidad** y en su **interjuego**, ya que todos los fenómenos son indefectiblemente sociales y el ser humano es un ser social.

1.3 LAS MODALIDADES DEL DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO EN LOS ÁMBITOS DEL PACIENTE.

Cuando el At se compromete a comenzar un acompañamiento es necesario que conozca:

- qué patología presenta el paciente.
- sus características.
- comportamiento habitual.

El trabajo se realizará en equipo:

- Con un coordinador de acompañantes.
- Un psicólogo.
- Un psiquiatra que tiene a cargo el tratamiento.

Hay diferentes **modalidades en el acompañamiento**, pueden ser para administrar una medicación, realizar traslados, formando parte de la internación domiciliaria, bajo la modalidad de guardia, etc.

Veamos algunas de las **modalidades en el acompañamiento** y cuál es su relación con las áreas de la conducta del paciente:

1. **Medicación:** la administración de la medicación psicofarmacológica o clínica se realiza cuando el paciente no puede hacerse cargo de la toma. Estamos en el ámbito 1 o psicosocial, operando en las dificultades que el paciente tiene en cuanto al adecuado tratamiento farmacológico. En algunos casos se presenta resistencia a la toma de la medicación y tendremos que trabajar esa dificultad junto al paciente.

2. **Traslado del paciente:** a veces se trata de acompañar al paciente a su sesión de terapia o al hospital de día, o a realizar estudios clínicos. Estamos en el ámbito 2, donde el paciente comienza a relacionarse con el equipo terapéutico o con el grupo en la institución. Podemos ver cómo es la interacción del paciente con estos otros y observar cuáles son sus pautas conductuales,

si las mismas tienen un patrón desajustado o inadecuado o si son más funcionales en el intercambio grupal. También podemos pensar en el ámbito 1, si observamos cuál es la conducta que el paciente manifiesta al tomar el colectivo, por ejemplo, cómo están sus habilidades y recursos para desenvolverse en el medio que lo rodea. Pensamos en el ámbito 3 si observamos cuál es la relación que el paciente establece en los grupos en relación con la institución salud, trabajo, ocio y tiempo libre, sexualidad, etc.

3. **Internación domiciliaria:** este dispositivo se monta para evitar la internación en una institución cuando fuera posible, minimizando los tiempos de resocialización y los de reclusión. Estamos en el ámbito 1 si nos centramos en la conducta del paciente, en el área 2 si observamos cómo se relaciona con el grupo familiar: qué lugar ocupa en la familia, cuáles son los vínculos con los familiares, los roles que desempeña.

4. **Guardias en crisis:** se utiliza esta modalidad cuando se requiere del acompañamiento para sostener la presencia terapéutica en momentos de crisis, descomprimiendo y acompañando la red natural del paciente. El ámbito 1 refiere al paciente en sí mismo, a las herramientas y/oicas que posee y al trabajo terapéutico que realizaremos para su apuntalamiento. Será el ámbito prioritario en la situación de guardia. También deberemos observar cuál es la relación del paciente con los amigos y/o familiares en esta situación y qué rol ocupa el paciente en el grupo nuclear: aquí ponemos la mirada en el ámbito 2. El ámbito 3 estará presente en la forma en la que el grupo familiar se relaciona con la situación actual y en cómo comprenden la enfermedad del paciente cuáles son los criterios de salud y enfermedad que consideran cotidianamente.

5. **Guardias pasivas:** brinda la posibilidad al paciente de recurrir a un referente ante cualquier emergencia. En esta instancia operamos en el ámbito 1 del paciente, sobre la angustia que lo desborda.

6. **Situaciones críticas:** el acompañamiento se articula en base a ciertas actividades que le provocan altos montos de ansiedad al paciente. Por ejemplo, visitar a la familia. En este caso debemos observar el ámbito 2.

7. **Acompañamiento en instituciones:** el At puede intervenir en las instituciones apuntalando el proceso del paciente cuando ésta se ve desbordada para contenerlo. Por ejemplo: niños con problemas de conducta en las instituciones educativas, pacientes que requieren mantener la actividad laboral en los momentos de crisis. Estamos en el ámbito 1,2 y 3, determinando las herramientas que tiene el paciente y facilitando el proceso de afrontación en situaciones estresoras, observando además cómo se relaciona frente a los diferentes grupos que integra y cómo se relaciona con la institución trabajo y/o educación, en el caso de los ejemplos citados.

8. **Sostén del paciente en ausencia del profesional:** reforzamos el tratamiento cuando el profesional tratante se encuentra de vacaciones o congresos, por ejemplo. Volvemos a pensar cuáles son los ámbitos de la conducta sobre los cuales vamos a trabajar, según la problemática del paciente.

9. **Pacientes clínico-médicos:** acompañamiento en pacientes terminales, post quirúrgicos, con cuadros confusionales. Los ámbitos con los que trabajaremos son el 1 y el 2 referido al equipo terapéutico o la familia.

1.4 EL PACIENTE Y LA FAMILIA.

La familia es una estructura social básica, que se configura por el interjuego de **roles diferenciados** (padre, madre, hijo), es el modelo natural de la situación de interacción grupal.



la familia es: un conjunto de individuos en los cuales las relaciones son personales, cara a cara, espontaneas, de larga duración, cuyas expectativas son claras, generalizadas y se mantienen unidos por un valor intrínseco: la cohesión y la adhesión.

Una familia es una “**estructura estructurándose**” que funciona como totalidad. Su equilibrio se logra cuando la **comunicación** es abierta y funciona en múltiples direcciones, configurando una espiral de realimentación.



Consideramos a la **enfermedad mental** no como la enfermedad de un sujeto, sino como la de la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el **portavoz**, emergente de esa situación total.

Por esta razón para pensar la patología mental debemos tomar en cuenta **tres dimensiones** posibles de observación y análisis centrado en paciente, en el grupo familiar y en la situación existente.

Debemos considerar cuatro aspectos importantes:

1. el diagnóstico: En la situación hay un grupo familiar enfermo del cual el paciente es emergente y que adquiere la calidad de portavoz de la enfermedad grupal. Se puede comprender mejor esto si vemos a la enfermedad del paciente como un "rol" dentro de la situación grupal. El paciente es el **depositario** de las ansiedades y tensiones del grupo familiar. En este sistema de depositación es necesario considerar: **los depositantes; lo depositado y el depositario.**

El paciente es el **depositario** que se hace cargo de distintos aspectos patológicos depositados por cada uno de los otros miembros o depositarios. Un ejemplo típico es el de los pacientes que aparecen clínicamente con cuadros de defecto intelectual; el paciente (el incapaz) se hace cargo de la parte "incapaz" de cada uno de los otros miembros, quienes la proyectan masivamente, cerrándose así el círculo vicioso. Es decir, los otros lo manejan como un "incapaz" y éste a su vez asume el rol.

Esto permite inferir que el paciente es el miembro dinámicamente más fuerte (y no el más débil) desde que su estructura personal le permite **hacerse cargo de la enfermedad grupal**. La

dinámica subyacente es que el paciente enferma como una forma de "preservar" al resto del grupo del caos y la destrucción; y pide ayuda (directa o indirectamente) en un intento de resolver la situación.

En la medida en que la asunción del rol por el paciente es eficaz, el grupo logra mantener un cierto equilibrio y una cierta economía sociodinámica.

Aparecen, con respecto al paciente, **mecanismos de segregación** del seno del grupo, como un deseo de eliminar la enfermedad grupal.



En las familias con **deposiciones masivas y roles estereotipados** encontramos:

a. El Depositario: es el portavoz de las ansiedades familiares, el enfermo, el paciente que recibe una carga de angustia y ansiedad y se hace cargo inconscientemente de la disfuncionalidad familiar.

b. Los Depositantes: son los miembros de la familia, quienes realizan inconscientemente tal deposición. Depositán y proyectan masivamente la disfuncionalidad familiar sobre el paciente.

c. Lo depositado: son las angustias, situaciones inconscientes no resueltas, con carácter de enfermedad, de algo negativo. Y por esto que se le deposita, se lo segrega (internación, expulsión del hogar).

2. el pronóstico: El pronóstico del paciente, del grupo y de la situación están dados por la estructura personal del paciente en ese momento (dinámica y funcionalmente); por la relación con la imagen que el grupo tiene del paciente; por el grado de intensidad de los estereotipos con que estos aspectos se dinamizan en el paciente y en el grupo; y finalmente por el monto de los mecanismos de segregación.



Si bien como AT no nos corresponde realizar tal diagnóstico, es imprescindible que tengamos en cuenta los mecanismos sociodinámicos que intervienen en el ámbito familiar (ámbito 2 de la conducta) para poder acercar esta información al equipo tratante, quienes realizarán el diagnóstico de situación del grupo familiar.

3. el tratamiento: es importante romper con el primer estereotipo: la delegación del rol por el grupo y la asunción de este por el paciente. La terapia puede ser dirigida al grupo (incluido o no el paciente), tendiendo a romper los estereotipos y disminuir los mecanismos de segregación.

4. la profilaxis: al reducir las estructuras individuales y grupales, se hace la profilaxis de la recurrencia de un nuevo episodio en el paciente; de otro miembro que puede enfermar al mejorar el paciente; del grupo familiar en su totalidad.

Desde **la intervención del AT** encontramos los siguientes **niveles**:

a) **Un nivel psicosocial:** se refiere a las relaciones del paciente con cada uno de los otros miembros del grupo familiar. El análisis de los vínculos permite mejorarlos, ya que al “curarse” el enfermo a su vez “cura” a los demás a través de sus cambios de actitudes)

b) **Un nivel sociodinámico:** Se refiere al abordaje del grupo en su totalidad y al estudio de la dinámica grupal. Pueden aplicarse aquí las técnicas grupales.

c) **Un nivel institucional:** se refiere al abordaje de la familia como institución a través del estudio de la historia familiar, de su estructura socioeconómica y de sus relaciones intergrupales con otras familias, el vecindario, el barrio, el club, la iglesia, etcétera.

Un grupo familiar con un adecuado nivel de salud mental posee una red de **comunicaciones multidireccional**, con múltiples líneas de comunicación partiendo de cada miembro e incluyendo a cada uno de los integrantes. Este grupo ha logrado un grado óptimo de integración.

En algunos casos pueden surgir subgrupos, que se comunican dentro de una estructura vincular a doble vía. La existencia de subgrupos es natural, pero en ciertos casos estos subgrupos adquieren características más estables, más rígidas, con una tendencia a estereotipar la dirección de la comunicación.

Resulta frecuente observar miembros con una tendencia al aislamiento o a la inclusión en otro grupo, que progresivamente van adquiriendo una cierta autonomía, una pertenencia a un grupo de referencia externo.

Un grupo familiar que posee una buena red de comunicación en el que cada miembro tiene asignado un **rol específico**, pero con un grado de **plasticidad** tal, que le permite asumir otros roles funcionales es un grupo sano. Esta capacidad de **asunción de roles** constituye un elemento a considerar para el pronóstico del grupo familiar.

Dice **Pichón Riviére**:



*“Un grupo ha logrado una **adaptación activa a la realidad** cuando se hace consciente de ciertos aspectos de su estructura y dinámica, adecua su nivel de aspiración a su status real, determinante de sus posibilidades. En un grupo sano cada sujeto conoce y desempeña **su rol específico**, de acuerdo con las leyes de la **complementariedad**. Es un grupo abierto a la **comunicación**, en pleno proceso de **aprendizaje social**, en **relación dialéctica con el medio**”.*³

Según el autor podemos distinguir diferentes **tipologías familiares**, a saber:

1. La familia epileptoide:

- elude el desplazamiento, está apegada a la tierra, sus integrantes no emigran o, si se impone el abandono del lugar natal, lo hace el grupo en su totalidad.
- La estructura familiar es cerrada, rígida, acepta con mucha dificultad el ingreso de un nuevo integrante, el que es ubicado siempre en un status inferior.
- Los roles son fijos, estereotipados. En las situaciones de duelo parecieran aglutinarse con mayor intensidad. En las fiestas muestra una excitación contrastante con su viscosidad habitual.
- El estallido de un conflicto, con características de violencia súbita y desproporcionada, es un rasgo habitual en estas familias.



La labor terapéutica del AT tenderá a promover la discriminación, la toma de una distancia óptima, el esclarecimiento de los malentendidos y la ruptura de un estereotipo viscoso, según el cual cada integrante es para el otro su propiedad privada.

2. La familia esquizoide:

- tiende a la disolución, a la ruptura progresiva de los vínculos. La unidad familiar es escasa, casi nula.
- Sus integrantes emigran frecuentemente, rompen la comunicación y desconocen la nostalgia.

3. Estructuras intermedias:

- podemos mencionar la hipocondríaca, con características relativamente similares a las del grupo epileptoide.

³ Pichón Riviére, Enrique (1999) *El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

- El personaje central de este grupo, en torno al cual se estructura la red de comunicación, es la enfermedad.
- Los integrantes establecen entre sí vínculos de características particulares, dándose una codificación en términos de órganos.

Clasificación de grupos familiares patológicos.

Los grupos familiares pueden ser tipificados de acuerdo con su grado de resistencia o colaboración en el tratamiento. Por ejemplo:

1. Familia negligente:

- Se caracterizan por el desamparo, descuido, falta de atención y cuidado con el paciente.
- No enfrentan las consecuencias de la enfermedad y aceptan con respecto a los profesionales una participación pasiva, aportando los mínimos elementos necesarios para el tratamiento.
- Luego del diagnóstico inicial desaparecen como reacción contrafóbica.
- La cohesión y la adhesión hacia el paciente se encuentran borradas y proceden con descuido.
- En el tratamiento presentan una serie de excusas para no hacer su parte ni quedar implicadas. Ponen trabas de horario, cuestiones económicas, laborales y de salud con las que justifican su nula participación.

2. Familia ausente:

- Se define por la falta de presencia en el tratamiento.
- En general el paciente está solo, sin ningún tipo de contención, suele hacerse cargo de sus propios síntomas o enfermedad.
- El paciente no comparte las referencias del grupo, hace negación o entra en contradicción con ellas. Es la oveja negra de la familia, lo que justifica su ausencia de sostén.

3. Familia invasora:

- Acomete en la función médica injustificadamente. Interfiere con la labor profesional por cúmulo de datos y excesiva atención al paciente: este es el resultado de un inadecuado manejo de la ansiedad.
- No toman consciencia de los límites, éstos son difusos, contradiciendo muchas veces las indicaciones del profesional o del AT, aún cuando hayan sido explicitadas.
- Buscan descargar sentimientos de culpa encubiertos y lo manifiesto es el deseo de colaborar.

4. Familia contradictoria:

- Los integrantes presentan diferentes criterios respecto de la enfermedad y de los síntomas del paciente.

- En la entrevista suelen contradecirse unos otros, se descalifican, se invalidan entre sí.
- Proyectan la culpabilidad en otros integrantes de la familia.
- La ansiedad se hace presente a nivel competitivo, lo que imposibilita tomar la información de manera segura.
- Utilizan la enfermedad contra otros miembros del grupo, como forma de agresión encubierta.
- Tienen dificultades de introspección respecto del acompañamiento y proceso terapéuticos.

5. Familia coaccionadora:

- Las exigencias hacia los profesionales son inadecuadas: buscan descargar la ansiedad y la frustración por medio de la intimidación y de la hostilidad implícita en sus actos.
- Recurren a otros profesionales o autoridades sanitarias para lograr sus propósitos, por ejemplo: el deseo de mayor tiempo de internación del paciente, o el alta médica cuando aún no están dadas las condiciones.

6. Familia negadora:

- No aceptan los hechos de la realidad.
- Solicitan la intervención del AT cuando ya no pueden manejar más al paciente, ni por su propia ansiedad.
- No asumen su responsabilidad respecto de la enfermedad, niegan los síntomas por el temor a la identificación con el paciente.
- Los datos que aporta para el tratamiento son disminuidos o insuficientes.
- Tiene la concepción que la enfermedad proviene de afuera, y que se ha instalado de repente.

7. Familia sobreprotectora:

- En este grupo, al sobreproteger al paciente, favorecen sus conductas patológicas.
- Justifican al paciente, los encubren, llegan a mentir por él.
- Hay tendencia a disminuir la patología del paciente durante el discurso en la entrevista.
- Lo afectivo está muy presente.
- La ansiedad se manifiesta a través del amparo, la defensa y los cuidados excesivos que dispensan al paciente. De esta forma compensan los sentimientos hostiles hacia el paciente.
- Colaboran activamente con el equipo y con las actividades propuestas por el AT, ya que su actitud contrafóbica favorece el aporte de datos y la participación.

8. Familia indiferente:

- Participan pasivamente del tratamiento. No se comprometen con el paciente ni con los profesionales, tampoco se muestran comprometidos en las actividades que programa el AT.

- Se muestran como observadores, colaboran con los terapeutas a nivel manifiesto.
- Ceden la responsabilidad al AT, a los terapeutas y a la institución.
- No hacen aportes espontáneos, aceptan la terapéutica y la enfermedad muchas veces con connotación mágica.

9. Familia resignada:

- Prestan conformidad con la enfermedad.
- Tienen compromiso con el paciente y con los terapeutas, pero han agotado todas las tentativas a las que apelaron para resolver los conflictos que desencadenó la enfermedad.
- La sensación de fracaso y desesperanza está presente.
- Se ponen voluntariamente en manos de los profesionales con una actitud de conformidad y condescendencia.
- Hay mayor tolerancia a las adversidades, la ansiedad se encuentra anestesiada.
- El grado de participación en el tratamiento es pasivo.

10. Familia antagónica:

- Su conducta implica rivalidad, contrariedad, opresión.
- La defensa que ponen de manifiesto es la negación hacia todo tipo de tratamiento psicológico.
- Los datos que aportan son poco claros y difusos, hay temor en admitir la enfermedad.
- Admiten la enfermedad cuando han agotado todos los recursos clínicos.
- Cuestionan y obstaculizan la tarea del profesional, incluyendo las actividades propuestas por el AT.
- La ansiedad se descarga en el terapeuta y en el AT.
- Suelen recurrir a recursos mágicos.

11. Familia castigadora:

- Imponen como castigo la internación, o amenazan con ella, en respuesta a la sintomatología del paciente.
- Amenazan con la hospitalización.
- El manejo de la ansiedad es infantil.
- La característica del grupo es denunciante.

12. Familia reticente:

- Es un grupo familiar que no acepta la enfermedad del paciente, evaden consciente o inconscientemente las causas que la provocan.
- La participación es a nivel de lo manifiesto y se muestran ambivalentes con el tratamiento.
- Los datos que aportan son mínimos: se ocultan o distorsionan.
- Ceden la responsabilidad del tratamiento al equipo o al AT como reacción fóbica.



¿Cuáles serían las características de una familia que sostenga al enfermo? Veamos el concepto de *familia colaboradora*.

Familia colaboradora:

- Participan activamente en el tratamiento, están dispuestos a trabajar como colaboradores del paciente junto al AT y al equipo sin dejar de lado sus roles en el sistema familiar.
- Participan activamente de la búsqueda de soluciones positivas, tanto en el aporte de datos como en la asistencia.
- Hay un adecuado manejo de la ansiedad, con capacidad de introspección y sublimación.
- Hay un adecuado desempeño de los roles familiares, los mismos no son estáticos y permiten la delegación de tareas y responsabilidades.
- Muestran cooperación en el trabajo con los profesionales, teniendo como finalidad la reincorporación del paciente al ámbito familiar.

Sintetizando...

Como AT no vamos a encontrar en el ámbito sociodinámico una familia que responda a la totalidad de las características enunciadas en la categorización que acabamos de exponer; sino más bien familias que tienen características comunes a varias de las tipologías. La determinación del tipo de familia se hará por las características más estables dentro del grupo familiar como modalidad de interacción relacional entre los integrantes, el paciente y aún el equipo médico.

Las familias son unidades complejas, por lo tanto, debemos evaluar no sólo la interacción entre los integrantes, sino cuales son las conductas que manifiestan ante la emergencia de la enfermedad, si segregan al enfermo o lo contienen, si colaboran desde lo explícito con los lineamientos del equipo, cuál es el sistema de ideología que sostienen en torno a la enfermedad.

Parte de nuestro rol consiste en acompañar también a los familiares para que logren establecer vínculos funcionales entre ellos y que la dinámica familiar disfuncional se modifique para poder establecer pautas de relación más sanas., promoviendo el compromiso de sus integrantes con el proyecto del paciente.



ACTIVIDAD OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 1:



Les recordamos que la participación en el foro en cuanto a las dudas, inquietudes o consultas que surjan durante su resolución forman parte del proceso de aprendizaje del estudiante, por lo que hacemos hincapié en la necesidad de compartir mediante el foro y en fomentar la interacción entre los compañeros y el docente.

Por tal motivo los invitamos a todos a debatir en el foro de debate de la materia los conceptos que hemos estudiado a lo largo de la unidad, ya que el debate participativo en el aula virtual genera la puesta en común de un saber y un conocimiento que se construye colectivamente.

Consigna 1:

Actividad de debate en el foro de debates.

- Debatir en el foro de debates sobre las siguientes preguntas disparadoras:
 - a. ¿Cuáles son los ámbitos de aplicación del acompañamiento terapéutico como dispositivo de abordaje en los que el AT desempeña su rol profesional?*
 - b. ¿Cuál es la importancia del acompañamiento en el ámbito familiar?*
- Les proponemos un debate en base a los conceptos que hemos visto en la unidad, habilitando el intercambio y generando un feedback que permita enriquecer el proceso de aprendizaje en el foro virtual. Las respuestas deberán estar encadenadas, haciendo click en responder debajo de la consigna.

Consigna 2:

Comprensión del material de lectura obligatoria e intercambio en el foro de debates.

- Les proponemos reflexionar acerca del siguiente párrafo de Sáliche del capítulo 3 de su libro Introducción al Acompañamiento Terapéutico. La reflexión deberá ser subida al foro en el momento en que el docente tutor lo disponga.
- Los formatos en los que deberán subir el archivo son: .doc; .docx; PDF u .odt.
- La extensión no deberá ser mayor a dos carillas, letra arial o times new roman 12, interlineado simple.

- Cada reflexión será compartida en el foro de debates para ser debatida entre todos los estudiantes.

“Ante todo, es necesario que el AT cuente con información indispensable antes de conocer al paciente; será fundamental para que no se produzca ninguna situación incómoda o de sorpresa. Además de disponer de paciencia, comprensión y de recordar que cada persona es diferente, deberá saber qué patología presenta el paciente, sus características y comportamientos habituales para evitar presentarse a él en estado de desconocimiento, y además para entender cómo será la modalidad terapéutica en la que se desarrollará su tarea.

Cuando no se tiene la suficiente información del caso que se va a comenzar a acompañar, además de perjudicar al paciente, se tiende a desvalorizar el trabajo del AT y se lo puede exponer a situaciones indeseadas.

A cada paciente se le asigna un acompañante o un equipo de acompañantes que trabajan junto a un coordinador de acompañantes y al profesional a cargo del tratamiento.”



GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 1:



Les recordamos que las actividades de autoevaluación son obligatorias. El docente tutor les indicará en qué momento deberán subirlas al foro. En cada caso encontrarán al final del cuadernillo un apartado con las respuestas a cada guía.

Sostenemos la importancia y la necesidad de la interacción por el foro para favorecer el intercambio y la construcción de conocimientos y el proceso de aprendizaje.

Les proponemos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Cuáles son los ámbitos de la conducta?
2. ¿Por qué decimos que los ámbitos no son excluyentes?
3. ¿Cuáles son las características de la conducta?
4. ¿Cuáles son las modalidades de acompañamiento existentes y cuál es la relación que se puede establecer con las áreas de la conducta implicadas?
5. ¿Cómo describe la dinámica familiar en torno a la adjudicación de roles estereotipados?
6. ¿Cuáles son los aspectos que debemos considerar en un acompañamiento?
7. ¿Cuáles son los niveles de intervención del AT?
8. ¿Qué tipologías familiares describe Pichón Riviére?
9. ¿Cuáles son las características generales de una familia patológica?
10. ¿Cuáles son las características generales de una familia colaboradora?

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA

- Bleger, J. (2007) *Psicología de la Conducta*. Cap. 1 “La psicología y el ser humano” y cap. 2 “Conducta”. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Saliche, S. (2021) *Introducción al Acompañamiento Terapéutico*. Cap. 3 “Las distintas modalidades del dispositivo del AT”; Cap. 4 “La amistad, la familia y el AT”. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Pichón Riviére, Enrique (1999) *El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires, capítulo “*Tratamiento de Grupos Familiares: psicoterapia colectiva*” y “*Grupos familiares: un enfoque operativo*”, Ediciones Nueva Visión.
- Kuras de Mauer, S; Resnizky, S (1985) *Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos*. Cap. 4 “La familia del psicótico”. Buenos Aires, Editorial Trieb.

UNIDAD 2: EL TRABAJO CON EL PACIENTE Y EL CUERPO MÉDICO TRATANTE

FUNDAMENTACIÓN

El AT se inserta en la cotidianeidad del paciente y trabaja con los lineamientos terapéuticos que establece el equipo tratante.

Resulta sumamente importante la inclusión del AT en una estrategia de tratamiento terapéutico, diferenciando su función del terapeuta y de cualquier otro recurso humano que se incluya dentro del diseño de abordaje.

En la presente unidad veremos cuales son los rasgos distintivos de su labor terapéutica y qué es lo que determina la eficacia de sus intervenciones ante las dificultades de enfrentarnos con la problemática de la subjetividad, y con la singularidad de lo que está en la base del padecimiento psíquico de cada paciente.

El rol del AT ocupa un espacio muy importante en el abordaje terapéutico, resultando ser la bisagra que permite operar con el paciente, en su entorno familiar, y continuar operando incluso en las reuniones de equipo, donde se diseñarán las estrategias de acción necesarias para cada caso particular.

OBJETIVOS

- Comprender la importancia de la instancia de supervisión del AT.
- Determinar la modalidad de trabajo en base a los lineamientos del equipo tratante.
- Conocer la función del AT para el abordaje con el paciente.

2.1 EL TRABAJO CON EL PACIENTE

Sabemos que el acompañamiento terapéutico tiene bien definidas sus funciones, marcando la diferencia entre un AT y un amigo o una simple compañía.

Su rol se inscribe en una práctica profesional que tiene un encuadre determinado previamente: días, horarios, honorarios.



Kuras y Resnizky⁴ definen 8 funciones específicas del AT:

1. ***Contener al paciente, ofreciéndose como sostén frente a la ansiedad, angustia o miedos.*** Se ofrecerá como un chaleco humano en cualquier momento del tratamiento en el que se encuentre.
2. ***Brindarse como modelo de identificación, mostrando modos de actuar en la vida cotidiana.*** Trabaja a nivel dramático vivencial, de una manera no directiva ni imperativa, rompiendo con los modelos estereotipados de vinculación que lo llevaron a la enfermedad. Esto ayuda al paciente a aprender a esperar y postergar, adquiriendo por identificación mecanismos de defensa más adaptativos.
3. ***Prestar el yo, sirviendo como yo auxiliar asumiendo funciones que el paciente no puede desempeñar.*** Acompaña al paciente en la planificación de actividades y lo ayuda a decidir cuando no es capaz de hacerlo por sí mismo, en sus tareas cotidianas, para concurrir al médico, etc.
4. ***Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente.*** En la fase diagnóstica el AT intentará percibir las capacidades manifiestas y latentes del paciente, jerarquizando las mismas. Alentará el desarrollo de las áreas más organizadas de su personalidad, canalizando las inquietudes para liberar la capacidad creativa inhibida estructurando la personalidad en torno a un eje organizador. Se propondrán tareas acordes a los intereses del paciente y se promueve y refuerza la noción de proceso.
5. ***Brindar información para la comprensión integral del paciente, recolectando datos acerca de su cotidianeidad.*** El AT, al estar inserto en la cotidianeidad del paciente, tendrá acceso a información fidedigna sobre su comportamiento, las relaciones que mantiene con la familia, las personas con las que se relaciona habitualmente, las emociones que manifiesta, las conductas en la alimentación y su rutina diaria, el sueño y la higiene personal. Todo esto permitirá alcanzar en un tiempo relativamente corto una comprensión integral del paciente, que servirá como indicador diagnóstico de valor para el equipo.
6. ***Representar al terapeuta, mediante una extensión del consultorio, de la acción del terapeuta.*** El tratamiento de abordaje múltiple exige el trabajo con el paciente durante varias horas. En tratamiento incluirá las actividades terapéuticas, ampliando el aquí y ahora del consultorio. El AT deberá ayudar al paciente a metabolizar interpretaciones realizadas por el

⁴ Kuras de Mauer, Susana; Resnizky, Silvia (1985) *Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos*. Buenos Aires, Editorial Tribé.

terapeuta, e incluso, reforzarlas. Su presencia crea un espacio más para la elaboración de los contenidos de la psicoterapia.

7. **Actuar como agente re-socializador, trabajando la distancia que separa al paciente de todo lo perdido.** El paciente que se encuentra severamente perturbado sufre una desconexión con el mundo que lo rodea. El AT tendrá como función paliar esta distancia facilitando el reencuentro, de forma paulatina y dosificada, con todo lo perdido.

8. **Ser agente catalizador de las relaciones familiares, descomprimiendo y amortiguando las relaciones del paciente con la familia.** El AT contribuye a reformular los vínculos familiares, promoviendo relaciones más sanas entre todos los integrantes.

Según las autoras el trabajo del AT es fundamentalmente **asistencial**, y se basa en la necesidad clínica en relación con el paciente con quienes los abordajes terapéuticos clásicos fracasan entendiendo que no es posible pensar el abordaje de la enfermedad mental de modo aislado e individual, sino potenciando su abordaje desde el trabajo en **equipo multidisciplinario**.

Resulta frecuente que el paciente solicite o incluso exija que su AT no transmita determinada información al equipo, que se haga cómplice de una mentira. Si no se accede a su demanda puede no entenderlo, enojarse o sentirse abandonado, viéndose el vínculo terapéutico afectado o amenazado con una ruptura definitiva. Dejar claro desde el comienzo del tratamiento que el AT **no es el amigo del paciente** y que forma parte de una **estrategia de abordaje** favorece que, en estas situaciones delicadas, el paciente recapacite sobre la validez de su rol en el tratamiento.



Si el AT se hace cómplice de **una trasgresión al encuadre terapéutico** le falla al paciente, generando en él un sentimiento de desconfianza y, al mismo tiempo, arriesga el cumplimiento de la tarea grupal. La complicidad y los pactos secretos con el paciente constituyen un **Acting Out del AT**.

Una vez formulado el **contrato de trabajo** basta con sostener una actitud responsable y clara, delimitando con la palabra y las acciones su rol, lo que se reflejará en su trabajo.

Si el paciente es impulsivo o está confundido, si suele incurrir en la práctica de actuaciones, o desconfía de la capacidad de contención del AT, es probable que debamos reiterar continuamente el sentido de nuestra función, y esto también deberá ser tomado como un indicador diagnóstico de vital importancia.

El AT deberá ser capaz de **disociarse** para poder relacionarse con el paciente y mantener al mismo tiempo una **distancia óptima** que le permita observar y evaluar la interacción. Es necesario que pueda descentrarse de sus necesidades subjetivas y ser un **promotor de tareas**, alguien capaz de contener, albergar, acompañar y pensar junto con el paciente.



Los momentos del vínculo entre el AT y el paciente son definidos por las autoras de la siguiente manera:

Primer movimiento: inicio de la relación terapéutica.

En este primer acercamiento las actitudes del paciente hacia el AT son de sospecha y desconfianza, transferencia masiva y negativa. Existe en esta instancia el predominio de ansiedades persecutorias que generan en el paciente conductas tendientes a poner distancia y freno a las acciones que propone el AT, respecto a la integración y la colaboración en el tratamiento. Hay además una marcada idealización del AT reflejada en la transferencia masiva sobre su rol.

Segundo movimiento: mayor aceptación del vínculo.

La relación AT- Paciente es más accesible. El AT pondrá en juego su lógica y sensibilidad a fin de desplegar las estrategias terapéuticas necesarias. El AT y el paciente comienzan a planificar las actividades de forma conjunta.

Tercer movimiento: consolidación del vínculo terapéutico.

AT y paciente comparten algo más que un contrato de trabajo con objetivos a cumplir. Existe un alto nivel de compromiso que resulta recíproco, potenciado por la frecuencia de los encuentros y por las características de la convivencia, con roles clarificados.

Cuarto movimiento: finalización del acompañamiento.

Existen dos modalidades respecto del cierre de un acompañamiento: la primera es la separación planificada, graduada, respetuosa de los tiempos del paciente, que permite la elaboración del duelo del paciente por la despedida. La segunda es la separación abrupta, en las que el paciente es arrancado del tratamiento sin tiempo para explicitar las sensaciones que sobrevienen luego de su interrupción.



En la Unidad 1 hemos visto las diferentes modalidades del acompañamiento, recordemos:

- Medicación.
- Traslado del paciente.
- Internación domiciliaria.
- Guardias en crisis.
- Guardias pasivas.
- Situaciones críticas.
- Acompañamiento en instituciones.

- Sostén del paciente en ausencia del profesional.
- Pacientes clínico-médicos.



Veamos entonces algunas **normas para tener en cuenta** en estas modalidades de acompañamiento:

1. **Hora de acompañamiento:** son las horas pautadas con un mínimo de 24 horas de anterioridad, por un mínimo de 3 horas.
2. **Urgencia:** es toda solicitud de acompañamiento al comienzo o en el transcurso del dispositivo. Se pacta 24 horas antes de que se realice el acompañamiento y son por un mínimo de 5 horas. Luego de la quinta hora las horas se facturan a precio de hora de acompañamiento. Se incluyen en el presupuesto los gastos de transporte.
3. **Guardia pasiva:** el paciente tiene un número telefónico para encontrar al AT se realiza con un mínimo de 3 horas, se incluye en los honorarios el precio abonado en concepto de traslado en la urgencia.
4. **Situación puntual:** es toda situación en la que se solicita el acompañamiento reducido a menos de 24 horas y sin expectativas de continuación del dispositivo por tratarse de una situación puntual. Se incluyen los gastos de transporte si es en horario extraordinarios.
5. **Horarios extraordinarios:** período de menos de 6 horas durante la noche o muy temprano en la mañana, de 22 horas a 08.00 horas. El mínimo es de 3 horas. Se incluye el precio del transporte.
6. **Administración de la medicación:** el mínimo es de 3 horas en las que el AT se acerca a la casa del paciente para administrar una medicación determinada en el horario acordado con anterioridad.
7. **Suspensión de horas de acompañamiento:** las horas de acompañamiento deben ser suspendidas con un mínimo de 24 horas de anterioridad a la hora en la que estaban pautadas.

Veamos entonces una síntesis acerca de las **funciones del AT** para con el paciente **según Sergio Sáliche⁵**:

- a. Establecer un vínculo a través del encuadre terapéutico que posibilita un espacio de confianza.
- b. Ayudar en las necesidades, dificultades y deseos del paciente.
- c. Generar junto al paciente un proyecto de vida a corto y mediano plazo, con objetivos claros y alcanzables.
- d. Contener al paciente en las ansiedades y angustias.
- e. Ayudar al paciente a organizar su cotidianeidad respetando sus tiempos y recursos.

⁵ Sáliche, S. (2021) *Introducción al Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.

- f. Estimular las capacidades latentes del paciente para que pueda desarrollar nuevos recursos y que tenga posibilidad de elegir su propio proyecto de vida.
- g. Actuar como mediador entre el paciente y los familiares.
- h. Fomentar su re-vinculación con amigos.
- i. Sustener y complementar la red natural del paciente.

LOS PASEOS.

Abordaremos una modalidad que suele implementarse frecuentemente en los acompañamientos.



Vamos a preguntarnos cuál es el **valor clínico del paseo** en el trabajo con pacientes de difícil abordaje, si es posible incluirlos como parte de las **estrategias y objetivos** que a través del acompañamiento nos proponemos alcanzar, qué consignas dar y cómo **planificar** las salidas de manera adecuada.

Sabemos que el espacio urbano presenta una cantidad importante de dificultades, pero no debemos olvidar que la realización de estas actividades puede ser posible, aprovechando esos ámbitos ajenos a la cotidianeidad del paciente y a lo que está acostumbrado.

Debemos considerar la relación que se establece entre el sujeto y su cuerpo, así también con su propio hogar, y su ciudad o residencia habitual. De este modo, la pregunta que nos hacemos acerca de dónde pasear requiere que, necesariamente, el paciente se encuentre implicado, lo pone como **sujeto de deseo**, abriendo una puerta al circuito de salida de la alienación y el encierro institucional o domiciliario, le da la **responsabilidad** y el **protagonismo** de tener que decidir a donde quiere ir.

Salir de paseo es una actividad que puede realizarse con pacientes de cualquier edad, pero deberán considerarse en cada caso las características y la función de ese paseo propuesto.

La posibilidad de realizar paseos con pacientes graves internados en instituciones psiquiátricas o en forma domiciliaria nos abren un espacio interesante ya que presenta algunos desafíos que debemos enfrentar y resolver en el amplio campo de la temática del acompañamiento.

La utilidad del cambio de ambiente para el paciente no es la única cuestión en juego, los paseos no se inscriben en el orden del mero esparcimiento, ni como una simple gratificación (aunque produzcan en el paciente ambas sensaciones), tampoco son una recompensa o premio, y quitarlos un castigo; sino que el efecto que el pase produce en el paciente justifica de por sí su pertinencia: suelen **apaciguar ansiedades**, sobre todo por las situaciones que suelen generarse en el ámbito institucional, en las cuales el sujeto se encuentra inmerso.



Sabemos que los paseos, entonces, suscitan **distensión y alivio**, ya que ante una situación difícil en la interacción dentro de la institución o en el ámbito familiar, abren un espacio para tomar cierta distancia y respirar nuevos aires. Puede verse como un impasse, como un paréntesis o una postergación de algo que, ante el desborde, no se está pudiendo tramitar en un espacio adecuado. En estos casos el paseo sería como **una evasión o remedio**, una válvula de escape a una tensión interaccional irresistible. Ojo...este modo de ver la actividad del paseo no es la más conveniente, pues en muchos casos esa tensión que se pretende aliviar sale a pasear con el paciente y el AT, con los riesgos y complicaciones que ello implica.

La tarea del equipo será la de **evaluar las ventajas y desventajas de una salida** en estas condiciones y tratar de elaborar esta situación en la instancia clínica correspondiente, el espacio del trabajo interdisciplinario.

El objetivo y las características del paseo deben poder justificarse por la realidad de lo que cada sujeto está atravesando en el marco de un tratamiento, tanto como en la coyuntura histórico-vivencial en la que se encuentra inmerso. La realidad a la que nos referimos es la **“realidad psíquica”**, la realidad intrasubjetiva con la que debemos trabajar cotidianamente.

Hemos dejado en claro que en ningún caso el paseo debe ser pensado como una diversión o pasatiempo. Una actividad en el afuera no se reduce sólo al interés de que el paciente y su AT paseen, sino que ese espacio del afuera puede ser aprovechado en todo su potencial instando a que sea el paciente el que decida el destino, por supuesto teniendo en cuenta las características del paciente y las indicaciones del equipo acerca de qué lugares visitar y cuáles no son los pertinentes.

Luego del paseo debemos pensar una instancia de re trabajo en las experiencias que el paciente ha atravesado, situaciones que lo pudieron haber impactado por buenas o malas. Esta reelaboración del material que tiene el AT puede tener el tono de una conversación “entre amigos”, cobrando un altísimo valor comparable al del procesamiento del material onírico.

Si se asiste a alguna actividad deportiva, por ejemplo, lo que sucede en ese **espacio lúdico** ficcional ofrece al paciente metáforas de aquello que para él resulta imposible de expresar, abriéndose una vía privilegiada de acceso a otros aspectos de su subjetividad.



La elección del lugar al cual concurrir plantea la puesta en juego de cuestiones que debemos considerar, porque son parte de nuestra tarea como AT. Los paseos no deben ser actividades pensadas **como vía de escape del aburrimiento** ni deben estar desconectadas de los objetivos terapéuticos, debemos preguntarnos **cual será la finalidad terapéutica** de proponer salidas y permitir que el sujeto elija dónde ir. Las salidas deben ser cuidadosamente **planificadas**, en cuanto al lugar, día, duración. Deben permitir abordar ciertas cuestiones inherentes al deseo del paciente, permitiendo que el deseo mismo se articule con un trabajo de elaboración.

Los paseos tienen derivaciones en el aspecto psicomotriz, en especial en el trabajo con niños con ciertas patologías y con pacientes de la tercera edad, quienes sufren los efectos secundarios de la medicación en diversos síntomas físicos como rigidización, mareos, enlentecimiento.

Deberemos **tomar precauciones y extremar los cuidados** previamente a la realización de la actividad, es un punto que debería estar presente en la misma planificación de los paseos. A los niños y a los adultos mayores se los puede preparar para que, si llegaran a caerse, tengan la mayor protección posible. Desde el aprendizaje hasta las medidas precautorias, es preciso contar en el equipo con un psicomotricista que puede participar incluso de los paseos, actuando dentro y fuera de la institución. El AT deberá registrar toda insuficiencia que surja del proceso, sea de origen motriz, neurológica o psicológica, deberá estar atento a la ubicación témporo-espacial del paciente y a cualquier manifestación de origen médico.

Conviene entonces ir regulando la cantidad de tiempo del que se dispondrá en cada salida, las circunstancias en las que se recorrerá, comenzando siempre por los lugares de cercanía a la institución, para entonces comenzar a evaluar la posibilidad de ampliar el margen de tiempo y el campo de acción. Incluso conviene diseñar las paradas, cada cuanto tiempo y en dónde se realizarán.

Durante los paseos podemos aprovechar la valoración personal del paciente desde su sensopercepción, trabajando las diferentes emociones que genera el paseo, un cartel publicitario, la interacción de las personas en la calle; podemos agregar una descripción en base a búsqueda de colores, olores, texturas; también podemos proponer imaginar historias y construirlas en forma conjunta; trabajar lo propioceptivo en relación a la ubicación espacial del propio cuerpo en cercanía y lejanía; trabajar la cognición pensando rimas; jugar con el reconocimiento de edificios, señales de tránsito, nombres de calles que servirán para el autovalimiento del paciente, etc.

Es decir, además del paseo es pertinente **incluir el juego**, siempre con un **objetivo previo y con metas para trabajar**. Podemos pensar en jugar al “veo veo”, por ejemplo; saltar la rayuela para trabajar la motricidad, la plasticidad corporal, la cognición y la coordinación. Lo importante es construir un espacio de juego seguro, que tenga un límite preciso, que sea continente. Muchas veces es el propio AT el que funciona de continente ante la posibilidad de desborde del paciente.



Los paseos resultan ocasiones propicias para la emergencia de cierta dimensión de lo subjetivo que propone la aparición de una espacialidad y una temporalidad psíquica. De la misma manera podría ser un espacio propicio para el **Acting out o el pasaje al acto** si no se planifican las actividades cuidadosamente y de antemano, para minimizar los riesgos de estas exposiciones.

Durante las **salidas grupales** es conveniente contar con un grupo de AT que acompañe a los pacientes, que sea de un número adecuado para actuar en cualquier contingencia que pueda acontecer.

Se debe pensar en aquellos elementos que complementan a los paseos: gorros si hay sol, ropa adecuada según la época del año, bebidas, dinero, muda de ropa extra, elementos de comunicación para los AT (celulares o HT), mapas y guías de transporte, etc. en la preparación también podemos hacer participar al paciente, lo cual es una ganancia extra en el sentido que deberá seleccionar qué elementos sería necesario llevar, trabajando la posibilidad de elegir activamente y de crear relaciones con el contexto. Se puede preparar un juego de fichas de cartón previo a la salida, en la que el paciente deberá relacionar qué elementos serán útiles en el paseo.



Hemos comentado la importancia de **ir de a poco**, primero reconociendo los espacios dentro de la institución, luego los alrededores, sobre todo en pacientes que llevan mucho tiempo internados. Esta progresión es necesaria para que los pacientes puedan **familiarizarse y apropiarse** luego de los territorios en los que habita.

A partir del recorrido que acabamos de realizar podemos establecer el valor conceptual que va a cobrar el acompañamiento terapéutico en esta modalidad particular que configuran los paseos, al tiempo que también podemos inferir a dónde apuntan las intervenciones del AT en esos contextos.

La espacialidad y la temporalidad del acompañamiento se constituyen en “**espacio transicional**” en la medida que se proponen como puentes, como enlace conectivo en el “entre” de ese tiempo y espacio en el que se inscribe el sujeto.



Es el mismo At el que de entrada produce ese puente hasta que sea el mismo paciente el que se encuentre en condiciones de construirlo por sus propios medios. Conocer las instalaciones de la clínica, las intermediaciones, el barrio donde se emplazan sus instalaciones abre₄e₄n a la posibilidad de una exploración fundante y más habitable para el sujeto.

Les dejamos un poema de **Elsa Borneman** del libro *“El libro de los chicos enamorados”*, que consideramos refleja muy acertadamente la tarea terapéutica del AT:

Yo dibujo puentes para que me encuentres.

Un puente de tela con mis acuarelas,

Un puente colgante con tiza brillante,

Puentes de madera con lápiz de cera,

Puentes levadizos plateados, cobrizos...

Puentes irrompibles de piedra invisibles...

Y tu ¡Quién creyera! ¡No los ves siquiera!

Hago cien, diez, uno... ¡No cruzas ninguno!

Más, como te quiero... dibujo y espero.

¡Bellos puentes para que me encuentres!

2.2 LA AMISTAD Y LA OPERATIVIDAD DEL AT.

Las horas que el At comparte con el paciente y el tipo de actividades que realizan pueden generar este sentimiento por parte del paciente; sabemos que **el AT no es un amigo**, sino que se producen identificaciones que pueden ser utilizadas estratégicamente por el AT dentro de un encuadre terapéutico a favor del tratamiento.

El AT debe mantener la **distancia óptima operativa profesional** sin dejar de escuchar al paciente ni dejar de contenerlo, sosteniendo el rol adecuado, pero sin dar lugar a la confusión. Cruzar esa línea y perder la distancia operativa sería un obstáculo en el tratamiento, y costaría mucho volver a resituar el tratamiento por la pérdida de autoridad profesional que esta situación conlleva.

Es el mismo AT el que instala el rol que quiere ocupar en el paciente, ya que el otro llega hasta donde él se lo permite; es responsabilidad del AT que el paciente no confunda su rol. Es por eso por lo que hay que estar atentos a aquellos indicios que el paciente da cuando se está confundiendo el rol profesional, es decir, **ver al AT como un amigo**.



El rol de amigo le es dado al AT por el paciente, pero la amistad es **una estrategia de acción e intervención**, pero nunca ocupará el rol de amigo para él mismo.



¿Cómo salvar esta problemática que se instala en el dispositivo terapéutico? Pues bien...si la amistad se caracteriza por la igualdad entre ambos términos de la relación, la superioridad de uno de los dos términos hace posible que no **exista una medida común a ellos**, entonces no habrá amistad posible.

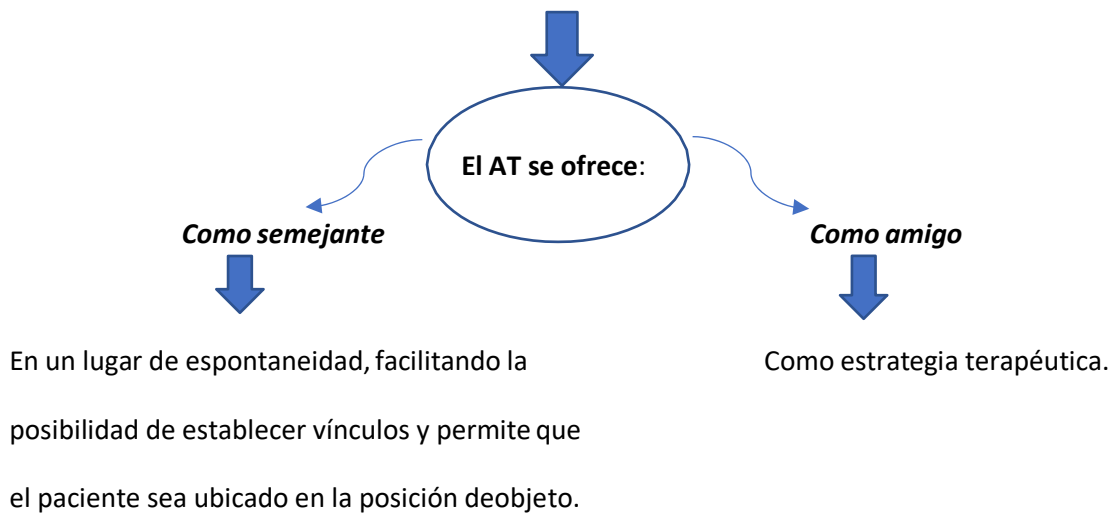
La cuestión de la amistad en este contexto es **una ilusión**, es la ilusión del paciente de tener una relación de intercambio afectivo. Es bueno que esta ilusión se sostenga ya que favorece la **estrategia de trabajo**.



Puede suceder que el AT se constituya como un **objeto persecutorio** o que se genere hostilidad de parte del paciente. Se plantea lo siguiente: “si somos iguales ¿por qué tengo que aceptar tus consignas”?

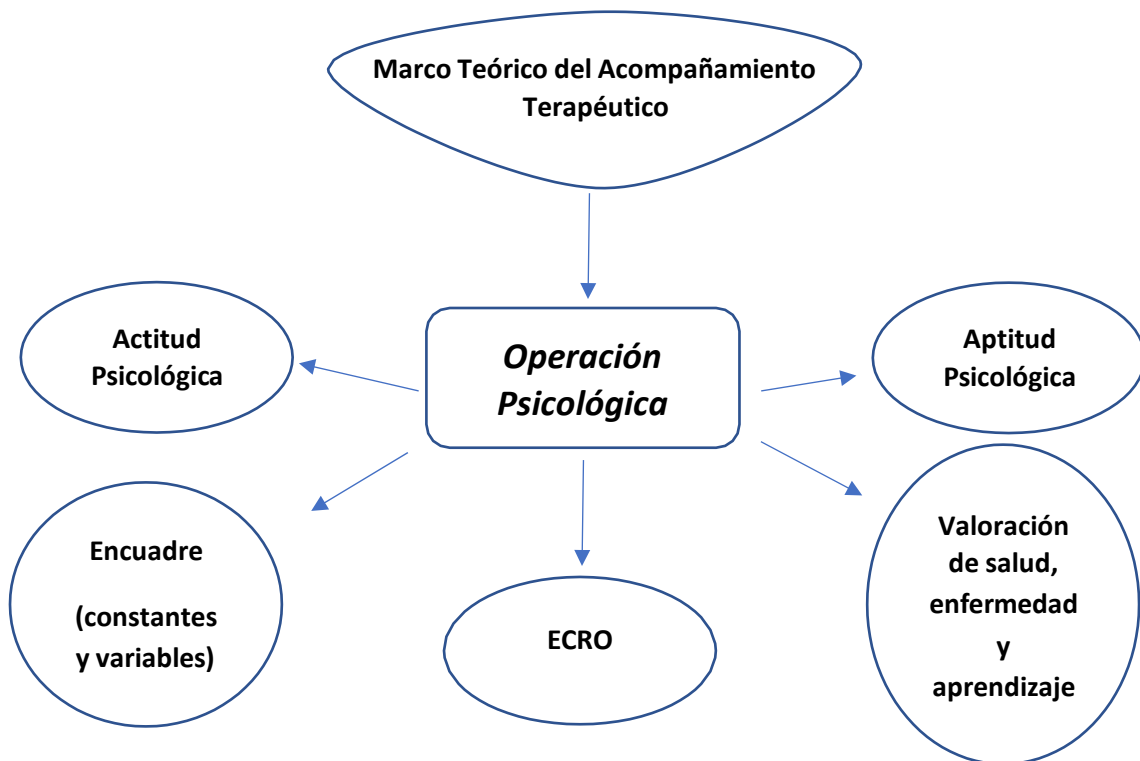


Entonces...el AT tiene por función dejarse ubicar en el plano de la amistad, pero no debe responder desde esa misma amistad proyectada.



El AT no debe alejarse demasiado del lugar del semejante, porque implicaría el riesgo de perder algunas de las actividades con el paciente. Debe a su vez observar la **distancia óptima operativa** para poder llevar adelante la **operación psicológica profesional**.

Veamos estos conceptos...



1. Los conceptos expuestos en el cuadro se subordinan al **Marco Teórico Metodológico del Acompañamiento Terapéutico**, sus alcances y especificidades. La acción del AT se desarrolla en los ámbitos que hemos descripto en la unidad 1 (psicosocial, sociodinámico, institucional y comunitario) y estará condicionada por lo aprendido a lo largo de la carrera.

El AT operará con los lineamientos propios de la Psicología como rama del saber científico, pero no como un Psicólogo, sino desde su rol como AT. Esto deja de lado todo tipo de intervenciones del tipo: interpretaciones salvajes, terapias de vidas pasadas, esoterismo, futurología, etc. Se relaciona estrictamente con un código de **Ética Profesional** al que el AT debe suscribir.

2. La **Operación Psicológica** consiste en la construcción de un modelo interno de interpretación y acción sobre la realidad desde el rol profesional que forma parte de un **ECRO**: Esquema Conceptual Referencial y Operativo, desde donde el AT interpreta esa realidad observada sin permanecer ajeno a ella, con un acercamiento desde la teoría propia de su profesión que constituyen su **PRAXIS**. El AT opera en el sentido del cambio, oficiando como agente resocializador desde un saber hacer (*know how*) propio de su formación.

Siguiendo a **Bleger** el autor define al sujeto **“En situación”**, que será entendida como:



“el conjunto de elementos, hechos, relaciones y condiciones, que cubre siempre un período-fase: un tiempo”.⁶

Los pacientes abordados en la intervención profesional deben serlo en función del contexto, es decir, de todos los factores que configuran la “situación”.

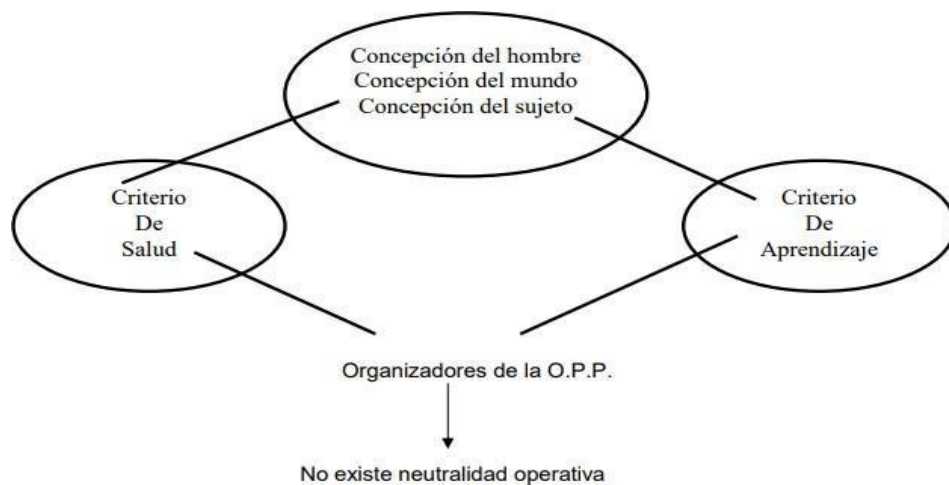
Los *elementos de la Operación Psicológica* incluyen:

a. El análisis de una situación de encuentro con un para qué, vinculado a la promoción del protagonismo, la participación, el reconocimiento de las necesidades del paciente, la conciencia crítica (reconocimiento de las necesidades propias y las del medio o comunidad a la cual pertenecen)

b. La posibilidad de organizarse en función de las necesidades del paciente.

La **Operación Psicológica** incluye los *criterios de salud, enfermedad, la concepción del hombre-mundo-sujeto de la intervención y el aprendizaje* propios del AT como agente de la operación. Es por eso por lo que no existe *neutralidad valorativa* en la Operación Psicológica. Siempre se interviene desde la propia subjetividad.

⁶ Bleger, José (2007) *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires, Editorial Paidós.



3. Para llevar adelante la Operación Psicológica es necesario contar con modalidades relativamente estables, organizadas y coherentes de pensamiento, sentimiento y acción, a las que llamamos **Actitud Psicológica Profesional** y estarán vinculadas estrechamente a la **Aptitud Psicológica Profesional**.



La **Aptitud Psicológica** se define por la capacidad de intervención del AT en relación con lo que es apto para desempeñar: su tarea de manera legítima y legal. Por ejemplo: es apto para realizar el acompañamiento, pero no para operar como un psiquiatra, ya que no está dentro de su preparación o formación profesional y no forma parte del rol.

Si la **Actitud** está en el sentido del pensamiento y sentimientos del AT, la **Aptitud** lo estará, complementariamente, en el sentido de lo que avala su práctica profesional. Pongamos un ejemplo sencillo: soy una persona que observa la Ley de Tránsito, respeto los semáforos y las indicaciones de la señalética (esto sería la actitud); el hecho de que observe la Ley no me habilita a conducir un vehículo, ya que para hacerlo deberé rendir un examen que avale mis conocimientos técnicos respecto de la acción de conducir (esto será la aptitud).

En síntesis: un sujeto puede tener la actitud necesaria para querer hacer algo, pero no reunir las condiciones necesarias para validar técnicamente su conocimiento. Es **legítimo** tener ganas de conducir un vehículo, pero **no es legal** hacerlo sin el carnet de conducir.



Este sería el caso de la diferencia entre un cuidador y un AT. El cuidador puede estar dispuesto a cuidar a un enfermo y esto es legítimo. Pero no puede ejercer las funciones del AT porque, a pesar de tener toda la actitud, no es apto para hacerlo y no sería legal.

La actitud psicológica se construye en la elaboración de la relación:

persona-rol-campo de trabajo y esquema conceptual o marco teórico referencial.

4. Para que la intervención del AT sea **operativa** (es decir, que tenga efectos pertinentes a los fines que se persiguen) se deben asegurar ciertas condiciones dentro de las cuales se desarrollará el dispositivo de abordaje: requiere de un **Encuadre** que enmarca lo que sí y lo que no vamos a hacer en un territorio en el cual AT y paciente se van a mover por un tiempo previamente establecido.



El **Encuadre** se define como la fijación de ciertas *constantes* a través de las cuales se pueden controlar y comprender las *variables* de la situación y el ámbito de intervención:

a. *Constantes*: lo que no debe cambiar para que el proceso terapéutico del paciente tenga lugar, es decir, lo que sostiene al proceso dinámico de aprendizaje del paciente. Las constantes son definidas entonces como no proceso ya que son estables, no deben modificarse sin acordar previamente con el equipo. Las constantes del encuadre garantizan y sostienen a las variables. Hay dos tipos de constantes:

*Temporales: la cantidad de horas que dura el acompañamiento, días a la semana en las que se lleva a delante.

*Espaciales: en lugar físico donde se acuerda el acompañamiento, ya sea la casa del paciente o una institución.

b. *Variables*: son los componentes relativos al proceso del paciente, sus avances y retrocesos, su aprendizaje, sus dificultades. Por esta razón se las define como proceso, ya que son un continuo devenir.

El Encuadre tiene una *doble función*:

*por un lado, establecer normativamente lo que se puede hacer dentro del dispositivo (paseos, actividades terapéuticas, actividad física, visitas al médico).

*por el otro prohibir aquello que no es pertinente a nuestra función (tener relaciones personales con el paciente, aceptar dádivas en dinero o especias, realizar funciones que no estén especificadas dentro del rol profesional).

El Encuadre deberá tener en cuenta los lineamientos de acción que propone el equipo, determinados por la **necesidad** singular del paciente en relación con el ámbito y contexto donde el mismo se encuentra, tomando en cuenta la situación particular.

En base a esos lineamientos tendremos que pensar un **plan de intervención o plan de trabajo** con estrategias y actividades acordes a los **objetivos** que impone el equipo.

Ese **plan de trabajo** delineará la **tarea** del AT en función de las **necesidades** propias de cada paciente.



La **necesidad-objetivo-tarea y encuadre** determinan **roles y funciones** que son complementarios y diferenciados. Uno es el AT y otro el paciente, como sujeto de la intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LA OPERACIÓN PSICOLÓGICA Y DE LA ACTITUD PSICOLÓGICA.

Las **características** principales de la Operación Psicológica y de la Actitud son:

1. Continencia y Desciframiento: se trata de visualizar la realidad del paciente bajo nuevas perspectivas, desarrollando nuevas líneas de comprensión, elaborando una hipótesis que tienda a estimular el pensamiento y la creatividad del otro. Esto requiere que el AT trabaje su propia subjetividad, que examine las escenas internas que están siendo evocadas, dando cuenta del desarrollo de una *estructura de demora*, instalando un espacio de reflexión en lugar de ofrecer respuestas inmediatas al paciente, en la situación de interacción. Esta posibilidad de demorarse con el paciente refiere a un salto cualitativo en la realidad del sujeto consigo mismo y con el contexto. La estructura de demora o capacidad de espera es un rasgo esencial de la continencia, desarrollada sobre un modelo de relación vincular originario: madre-bebé. Cuando el AT realiza una descarga inmediata frente a estímulos del paciente falla su capacidad de postergación y cae en un "acting", que si no es revisado puede obturar el proceso: actúa lo proyectado y juega el rol adjudicado en la transferencia.

2. Distancia óptima operativa: es el suficiente grado de identificación con la situación y con el paciente, pero tomando la suficiente distancia para poder operar profesionalmente sin estar sobreimplicado, sin sobreidentificarse, o quedar eventualmente paralizados por ciertas situaciones

que se dan en la relación con el paciente. Un claro ejemplo sería: el paciente sabe que nuestro horario, marcado por el encuadre pactado, termina a las 17 horas; nos pide que nos quedemos una o dos horas más a lo cual accedemos sin preguntarnos el porqué de esta demanda. Otro ejemplo: ante una situación de abandono de parte del padre accedemos a prolongar el horario sin consultar al equipo, y sin tener un objetivo terapéutico que sostenga esta decisión.

Es importante el reconocimiento de *situaciones transferenciales* en el proceso, en las que se despliegan escenas del pasado donde paciente nos ubica en el lugar de otro. El AT no interpreta la transferencia, pero es necesario que esté al tanto de que está ocurriendo, ya que es parte del proceso terapéutico.

3. Capacidad de acción: es la posibilidad de instrumentar estrategias de acción acorde a la situación actual, con objetivos claros y con metas definidas, no por el simple hecho de hacer algo con el paciente. La capacidad de acción se relaciona con el descentramiento necesario para poder operar en base a las necesidades del paciente y con las herramientas que el AT controla y posee para operar en el campo.

4. Descentramiento: capacidad de ponernos en segundo término, priorizando el proceso de aprendizaje del paciente, es decir, corriéndonos del centro de la escena. Se relaciona con la toma de protagonismo por parte del paciente, donde el mismo será participante activo de su proceso que será acompañado por el AT, corriéndonos del lugar del protagonismo.

5. Tolerancia a la incertidumbre: ante las situaciones de crisis el AT puede sentir angustia o presión, por lo esperable de su rol. El no controlar todas las variables del proceso del paciente puede generar malestar.

6. Tolerancia a la ambivalencia: es común que el paciente experimente sensaciones contrapuestas ante la presencia del AT y ante el tratamiento en sí mismo. El AT no escapa a esas emociones, ya que por los mismos mecanismos contra-transferenciales puede sentir amor-odio en el desarrollo de tu tarea.

7. Análisis de la demanda: la demanda puede surgir a partir de una carencia, daño, sufrimiento, dificultad, pérdida, o de propuestas ligadas a la promoción o prevención. La demanda tiene aspectos contradictorios en juego, explícitos o no, que hay que considerar. Unos se orientan al cambio y otros expresan una necesidad de conservar el equilibrio previo, ya estructurado y conocido.

Esta demanda pivotea en la contradicción de lo viejo y lo nuevo, y en el medio de este proceso emergen las ansiedades básicas o miedos básicos: miedo a la pérdida de lo conocido y miedo al ataque de lo nuevo. Por ejemplo: se propone un cambio en la dinámica familiar para potenciar la emergencia de ciertos roles y permitir que aparezcan nuevas modalidades vinculares; en este caso la propuesta de acción puede resultar persecutoria para la familia, en términos de “quiere cambiar

lo que siempre hicimos, las cosas siempre fueron así, no entendemos por qué deben ser de otra manera”. En este ejemplo se manifiesta el miedo al cambio, no quieren perder su estructura, aunque sea disfuncional, por temor a lo nuevo, que es la propuesta de intervención del AT.

EL CONTRATO DE TRABAJO y LA CONSIGNA PARA EL PACIENTE.

Sabemos ya que un **encuadre** enuncia las posibilidades de trabajo para el abordaje de la tarea de un equipo en relación con un paciente, su patología, los objetivos terapéuticos que se quieren lograr y la tarea que cada uno de los integrantes de ese equipo va a desempeñar. Por lo tanto, el encuadre se relaciona con la **operatividad del dispositivo**.

Dentro del encuadre debemos contemplar al **contrato de trabajo**, que es algo mucho más específico, ya que dicho contrato se adecuará a la necesidad de cada paciente en particular, caso por caso. Veamos un ejemplo para que quede clara la diferencia entre encuadre y contrato de trabajo:

Luisa se encuentra internada en una clínica de salud mental en la que los días de visita son los martes y sábado. Los horarios son de 15.00 horas a 17.00. Este es el encuadre institucional, es decir, son las normas que establece la clínica para llevar adelante un orden y ser operativa en el abordaje de los pacientes. A Luisa le asignan dos AT femeninas, que trabajarán 8 horas cada uno, y la asistirán específicamente los días que tiene visitas, porque es posible que la visita de los padres le produzca cierta angustia por la misma historia familiar. El contrato de trabajo de las AT establece qué días, qué horarios y qué actividades van a desarrollar durante el acompañamiento.

Además del **encuadre institucional** hay otro encuadre que es el que **planifica el equipo**, que deberá adecuarse a las necesidades de la institución y de la paciente.



Vemos entonces que el **contrato de trabajo** es un **convenio** que el AT realiza con quienes requieran sus servicios, sea el equipo, una institución o la familia del paciente. En él se determinan las condiciones de contratación que delimitan su remuneración, las horas y días de trabajo, las tareas y los lugares en donde se llevará adelante el acompañamiento.

El AT deberá saber que **el contrato**, siendo claro, se podrá ir modificando en consonancia con la evolución del tratamiento.

Las condiciones en las que el AT puede ser contratado varían, una posibilidad es que lo contrate el terapeuta individual, otra es que la familia lo requiera y en otra ocasión podría ser que un equipo determine, en función de las características del paciente, la inclusión de uno o más AT en el tratamiento.

Cuando es el terapeuta el que solicita el acompañamiento, es porque el paciente se encuentra atravesando una crisis importante que no justifica su internación. El terapeuta propone al paciente la inclusión de un AT y se encarga de realizar las presentaciones y especificar las condiciones de trabajo.

Cuando es la familia la que solicita el acompañamiento, puede recurrir de forma directa al AT. Puede darse por indicación del terapeuta o por la iniciativa de la familia. Suelen ser casos complicados, porque si el paciente se encuentra en tratamiento hay que aclarar que el dispositivo del acompañamiento no reemplaza a la terapia, sino que la complementa. No puede permanecer escindido, y la comunicación entre el AT y el terapeuta es imprescindible. En este caso el contrato queda en manos del coordinador quien deberá especificar a la familia las tareas y condiciones en las que se desarrollará su labor con cada uno de los miembros de la familia.

Enunciado ya el **encuadre** y especificado el **contrato de trabajo** con todos sus componentes, debemos pensar en la formulación de las consignas, que son un elemento ordenador imprescindible para la relación de ayuda que está comenzando.

Explicitarla forma parte de la instauración de un encuadre entendido como el conjunto de normas de funcionamiento dadas para que la tarea pueda desarrollarse en las mejores condiciones posibles, sin que se vea interferida por tendencias provenientes del paciente o bien del AT, que hagan peligrar el objetivo de dicha labor terapéutica.

La **consigna** se hace necesaria como elemento ordenador del encuadre de esa nueva tarea para los miembros de la relación. Ubica al AT y al paciente frente a un objetivo común y contribuye a evitar ambigüedades respecto de la función que convoca al AT como agente terapéutico. Hay muchas maneras de formular las consignas, el requisito es que resulte accesible al paciente de manera clara y sencilla.

Ejemplo:

“mi nombre es.....Soy acompañante terapéutico y nuestro encuentro forma parte de tu tratamiento. Estoy con vos para conocerte, para acompañarte, y para ayudarte a ir superando algunas de tus dificultades. Nos vamos a ver todas las tardes acá en tu casa entre las 17 y las 20 horas para trabajar juntos.”

En el ejemplo anterior se dejan claramente de manifiesto los componentes del encuadre para evitar ambigüedades:

- La función (*Soy acompañante terapéutico*)
- Las metas del acompañamiento (*Estoy con vos para conocerte, para acompañarte, y para ayudarte a ir superando algunas de tus dificultades*)
- El encuadre temporal y espacial (*Nos vamos a ver todas las tardes acá en tu casa entre las 17 y las 20 horas*)
- La finalidad (*para trabajar juntos*)

EL AT Y LA TRANSFERENCIA.



La transferencia es un fenómeno central en la teoría psicoanalítica, que posibilita una direccionalidad en el tratamiento. El origen de la palabra deriva del lenguaje común, donde transferir significa **el traslado de un lugar a otro**.

Para explicar el fenómeno de la transferencia, Freud hace referencia a la relación analítica, donde el analizante transfiere en la figura del médico o analista (en nuestro caso, en el AT) fenómenos psicológicos del pasado, asociados a las **figuras parentales de la infancia**.



Freud define a la transferencia como *“el vínculo particular que se da entre dos personas, que, diferenciándose de la relación corriente, varían desde la más tierna entrega hasta la más terca hostilidad, tomando prestadas todas sus propiedades de actitudes eróticas anteriores, ahora devenidas inconscientes.”*⁷

La transferencia **positiva o tierna** y la **negativa u hostil** constituyen las dos vertientes que se tienen hacia las figuras parentales, donde se juega la **ambivalencia amor-odio**, que luego será proyectada hacia la figura del analista o del docente (en nuestro caso, en el AT) dada la relación asimétrica existente.

La relación no se supedita solamente a la **repetición de alguna situación afectiva** sobre otra persona a la que le supone un **saber-poder**; la posibilidad de una nueva disposición subjetiva en el acompañamiento de dará a partir de un vínculo que trasciende la repetición, que funde nuevos horizontes de trabajo y establezca una relación de transferencia al deseo del Otro; al apasionamiento que el AT transmita en el ejercicio de su rol.

El paciente no logra precisar racionalmente el tipo de vínculo que establece con el AT, sólo le supone un saber, que puede completar su propia falta. Cree en el saber del Otro al que sitúa en el lugar del Ideal del Yo y sobre el que crea una expectativa.

El At sostendrá entonces una **posición de saber** que deberá ser comprendida en el contexto y dentro del encuadre terapéutico. Esta posición se sostiene desde el ser mismo del AT, y no sólo desde el conocimiento, dando cuenta de su deseo, de su apasionamiento. En este acto también transmite su fe, su pertenencia, su conocimiento y su relación con las instituciones que lo atraviesan.

⁷ Freud, S. (1912) *La Dinámica de la Transferencia*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.



La **transferencia positiva** surge cuando el paciente siente ciertas gratificaciones por parte del AT y se dispone hacia él con una actitud de amor, diferente de la cooperación consciente producto de la alianza terapéutica. Se compone de todos los sentimientos afectivos infantiles que se actualizan en la persona del AT. Dentro de ésta encontramos una **transferencia erótica** y otra de **sentimientos tiernos**.



La **transferencia negativa** se produce cuando el paciente revive en la transferencia conflictos que vivió en la infancia en la figura del AT. Normalmente el AT va a frustrar los intentos del paciente por actualizar los impulsos, de modo tal que éste active sus defensas respondiendo con hostilidad y agresión. Se compone de sentimientos hostiles hacia el tratamiento y el AT.



Tanto la **transferencia erótica** como la **transferencia negativa** funcionan como **resistencia** en el tratamiento terapéutico. En cambio, los sentimientos tiernos son el motor de la cura psicoanalítica.

La transferencia positiva es el móvil más importante para superar las resistencias, es decir, hacer consciente lo inconsciente.

Cuando la transferencia se vuelve **negativa o sexual**, se convierte en una **resistencia** y su análisis y disolución son muy importantes para continuar con el trabajo con el paciente.



Mientras la transferencia constituye entonces un peligro para el tratamiento, es al mismo tiempo su instrumento más importante, pues el retorno de los procesos infantiles en la transferencia la hacen el mejor medio para revivir esas experiencias reprimidas.

La transferencia está presente en todas las relaciones humanas, en mayor o menor intensidad, según la cercanía de las relaciones. En la relación terapéutica AT-paciente se desarrollan fuertes **lazos afectivos**, ese lazo que se establece es transferencia. Ese lazo que se establece permite **invertir al AT de contenidos afectivos**. La **transferencia terapéutica** tiene que ver con soportar las vicisitudes del tratamiento, y eso exige que el AT sepa cómo posicionarse y cómo sostenerla. Una maniobra adecuada puede permitir la evolución de un tratamiento de la misma manera que un manejo equivocado la podría disolver, sin posibilidades de recuperación,



El AT debe tener en cuenta que las actitudes del paciente **no están dirigidas hacia su persona**: la posición tomada debería ser la de sostener la transferencia, pero no como destinatario.

Debemos pensar en los límites y los alcances de la función del AT, sabemos que el dispositivo se diseña en casos en los que el espacio del consultorio no resulta suficiente. El AT, como profesional de la salud mental, se sitúa en un lugar diferenciado del terapeuta, si bien hay cuestiones transferenciales en juego. El AT deberá entonces:

- sostener al paciente en situaciones difíciles, produciendo cortes.
- organizar los elementos cuando a veces la urgencia no deja tiempo para que pueda hablar en su sesión.
- reconocer su alteridad.
- contar con la flexibilidad necesaria para adecuarse a condiciones cambiantes sin perder de vista las pautas del encuadre terapéutico.

El acompañamiento es **una experiencia intersubjetiva**, un devenir en movimiento y en interacción con otro. Acompañar significa habilitar la creación de un vínculo con el paciente en ese **espacio transicional**, un espacio entre la desolación y la esperanza, entre la desconexión y la pertenencia, entre el silencio estratégico y la palabra orientadora.

Dentro del dispositivo convergen **afectos y vivencias**, que determinan en gran medida la riqueza de la interacción. La calidad de la intervención del AT es decisiva, porque gracias a ella podremos comprender al paciente en relación con su acompañante.

Las vivencias que despierta el AT permiten ampliar el espectro de variables a considerar en la evaluación del caso. Con el trabajo en equipo se confrontan las diferentes vivencias contratransferenciales del grupo; las mismas conforman los distintos aspectos del paciente proyectados parcialmente sobre los miembros del equipo.

El **Acting impulsivo** de parte del AT puede desencadenarse por un estado de tensión en respuesta a alguna actitud del paciente. Al asumir el AT el papel inducido por el paciente pierde la capacidad de contenerlo.

Las **vivencias contratransferenciales de desesperanza** aparecen cuando el AT se identifica con el desamparo del paciente o con los aspectos melancólicos del mismo. Se traducen en deserciones, impuntualidades, apatía, etc de parte del AT.

Los **sentimientos contratransferenciales** de omnipotencia suelen traducirse en comportamientos maníacos por parte del AT: aceleración, denigración de los compañeros de

equipo, etc. si es la rabia el componente que aparece se produce una pérdida de distancia en la función terapéutica que produce discusiones sin sentido con el paciente.



La contratransferencia: es el conjunto de actitudes, sentimientos, pensamientos que experimenta el AT en relación con el paciente. Da cuenta de una relación entre el AT y el paciente de carácter interactivo, por lo que el paciente será influido por el AT y, a su vez, éste influirá por el paciente.

La contratransferencia va a interferir en la motivación y en la objetividad del AT para realizar sus intervenciones.

Hay dos tipos de contratransferencia:

- a. *la resultante de la identificación concordante:* con el Yo y el Ello del paciente.
- b. *La complementaria:* con los objetos internos del paciente. (neurosis contratransferencial propia del AT, que en la situación de ayuda revive sus conflictos con el paciente)

El AT debe tener una **actitud activa**, que le permita sublimar su contratransferencia. No se trata de tener una actitud fría hacia el paciente, sino de no contestar a una transferencia negativa de parte de este último. El AT no puede actuar como el paciente espera que actúe, esto debemos tenerlo muy presente ya que algunos pacientes son muy manipuladores. (tal es el caso de la personalidad borderline).

El manejo de la contratransferencia se optimiza cuando el AT hace terapia, además de la asistencia a supervisión y de las reuniones de equipo. Es preciso que sea consciente de sus limitaciones y obstáculos, por su bien y por el propio paciente.

2.3 EL TRABAJO CON EL EQUIPO Y EL CUERPO MÉDICO TRATANTE.

Veamos ahora cómo definir algunas **coordenadas de trabajo** con el paciente y con el equipo de trabajo.

El **encuadre** no es un lugar físico, no debe de confundirse con un lugar específico, como, por ejemplo, el consultorio del Psicólogo o la Institución que alberga al paciente, la vestimenta del analista, el horario o la duración de las sesiones.

En algunos casos tampoco será algo predeterminado desde la constante temporal, de duración del tiempo del AT. Si embargo determinar **un horario de comienzo y fin del acompañamiento** especifica un **entorno fijo** que ayuda a ese encuadre muchas veces imprescindible.



Establecer un **encuadre** implica que haya condiciones para que el AT cuente con ese **tiempo y espacio necesario**, con la consiguiente predisposición mental acorde a la situación.



La **disposición inicial básica** del AT hacia el acompañamiento permite que se genere un entorno empático, vía de acceso a instalar la **trasferencia positiva**. A partir de esa disposición se tratará de establecer un contrato que conformará un **marco simbólico** como ordenador de la relación que se comienza a establecer. Este marco dará las referencias para situar al AT desde las diferentes perspectivas en el tratamiento:

AT-familia, AT-paciente, AT-equipo profesional

Se establece entonces un **conjunto de reglas** explicitadas en la consigna de cada caso. Incluye:

1. los horarios de acompañamiento.
2. las actividades.
3. el lugar donde se realizará el acompañamiento.
4. tipos de salidas.
5. lo que está autorizado
6. los objetivos.
7. procedimientos en emergencia o en situaciones de riesgo.
8. a quién llamar
9. condiciones del sistema de salud al que pertenece, etc.

En algunos casos resulta pertinente que también el paciente participe de algunas coordinadas, lo que facilita la tarea y vuelve positivo el vínculo con el AT.

Como hemos visto en el punto anterior el **encuadre** se compone de elementos que deben ser **constantes**, contemplando al mismo tiempo las **variaciones** que pudieran suscitarse a lo largo del tiempo con una posición más activa por parte del paciente.



Al hablar de **equipo** decimos que el AT no trabaja solo, sino que lo hace en **equipo interdisciplinario**. Veamos cómo se compone el equipo...



El terapeuta:

- Determina la modalidad del acompañamiento.
- Dónde se realiza.
- Si hay salidas o no.

- La cantidad de horas del acompañamiento.
- consulta al equipo acerca de la perspectiva más pertinente para que el AT tome el caso.

El coordinador:

- Determina las precisiones del caso.
- Toma entrevistas previas con los familiares para ajustar los detalles del dispositivo.
- Resuelve los horarios matutinos, vespertinos.
- Organiza la rotación y duración de los turnos en cada AT.
- Reúne la información que trasmite cada AT y de realizar las reuniones que sean pertinentes.
- Auspicia como supervisor, aunque también la puede desempeñar otro profesional.
- Centra la comunicación referente al AT con el terapeuta o equipo institucional a cargo del caso.
- Evalúa en el contexto de trabajo en equipo los cambios, reducción en los horarios, etc.

El AT:

- Confecciona los **informes** periódicos para el equipo.
- Los informes facilitan la comunicación fluida entre los integrantes del equipo.
- Puede utilizar el correo electrónico, o cualquier aplicación en tiempo real del celular.
- Los tipos de informe que realice pueden ser:
 - a. Para el terapeuta.
 - b. Para la institución.
 - c. Para el coordinador.
 - d. Para la obra social.
 - e. Para el AT que toma el turno siguiente (aunque suele utilizarse un cuaderno de notas o bitácora entre los AT que atienden al mismo paciente como vía de comunicación).

A partir de esta instancia va a existir un **contrato** que puede ser realizado por el AT, el coordinador, el terapeuta o la institución o por varios de ellos en forma conjunta, con la familia o con el paciente.



Conviene siempre especificar los elementos básicos inicialmente, aunque luego se re-contrate.

A partir de la determinación del terapeuta y gracias a la información que recolecta en las reuniones de equipo, se irán formulando los **objetivos y la modalidad** de acompañamiento en

función de la evolución del paciente, suelen incluirse reuniones con la familia, donde se analizan los avances del caso y los inconvenientes que pudiera presentar su vínculo con el AT.

Reflexionaremos acerca de los que nos comenta **Pablo Rossi**:⁸

“Informes, pero no Informantes”.

...introduzco una problemática compleja que, frente a la conceptualización que hacemos de esa información, la objetividad o no de la misma, y del lugar respecto de lo que sucede en la “realidad” cotidiana. Veamos algunos interrogantes: me preguntan qué hacer con la información proveniente de ese espacio, qué se informa, y, además, si esa información implica que observamos independientemente de la realidad psíquica. No. Pero si lo pensamos en términos psicoanalíticos ¿la información tiene valor si no se ubica en términos de lo que sucede con esa realidad psíquica, si está por fuera de la dinámica transferencial?

Poder dialogar sobre estos temas en el equipo hará al uso que tendrá la información en el grupo de acompañantes, en la tarea con el paciente, y también respecto de la familia y de los allegados. El informe puede tratarse de un simple registro de situaciones significativas. Lo significativo incluye aquello que sucede en la dinámica del vínculo AT-paciente-familia, en las cuestiones transferenciales.

*A partir de esto se plantea también lo siguiente: ¿el AT es un simple informante?, ¿un celador que vigila cuestiones de lo cotidiano, que está para informar a la autoridad representada en el terapeuta? No se trata de eso, como veremos. Resuena aquí la noción de “testigo” que voy a retomar, aunque la misma apunta a otras cuestiones, en particular a las psicosis: en **principio se es testigo de una singularidad**”.*

Cuando el autor nos habla de un *“simple registro de situaciones significativas”* está apuntando a todas esas situaciones cotidianas o acontecimientos en la vida del paciente que para algunos podrían resultar hasta obvias, pero no deberían serlo para el AT.

Cuando realizamos un acompañamiento lo hacemos desde la cotidianeidad del paciente, buscando priorizar o jerarquizar toda aquella información que cuidadosamente ingresamos en nuestro cuaderno o bitácora. Esa **información** deberá estar consignada de manera **descriptiva**, nunca interpretativa, ya que la interpretación es función del terapeuta. El informe va a contener una descripción sencilla, con un manejo adecuado de la terminología técnica, sin hacer interpretaciones salvajes ni modificar lo observado.

Si el paciente dijera una frase que nos llama la atención debemos anotarla tal como fue dicha, y no lo que nosotros creemos que quiso decir. Esta información es la que será analizada en las

⁸ Rossi, Pablo (2013) *Acompañamiento Terapéutico, lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires, Editorial Polemos.

reuniones de equipo y a la que le buscara un sentido **de forma contextualizada**, nunca recortada de la situación en la que ocurrió.

Sabemos que es parte de la observación profesional seleccionar cuáles van a ser los datos que serán parte del informa. Hacemos hincapié en la tarea del AT de no modificar, ni interpretar ni dar sentido a lo observado, intentando ser **lo más objetivo posible** (la objetividad absoluta sólo es posible en las ciencias exactas o duras) Estos temas los desarrollaremos en profundidad más adelante.

Cuando el autor nos habla de ser “*testigo*” refiere a una relación AT-paciente en la que el acompañante **sostiene al sujeto de la intervención**. Somos testigos de la realidad que el paciente construye en su delirio, a modo de tapar agujeros de forma restitutiva. Podría ser que quisiéramos desmentirla (terrible error sobre todo en las psicosis) pero al hacerlo estaríamos imponiendo al paciente un recorte subjetivo del que no podrá apropiarse, con una vivencia de abandono, vacío y fragmentación yoica.

LA SUPERVISIÓN.

Hemos visto que el coordinador puede ser el supervisor del AT. Veamos entonces en qué consiste la Supervisión como instancia imprescindible en el abordaje del dispositivo del acompañamiento terapéutico.

Sabemos que el acompañamiento terapéutico es un **dispositivo** que mantiene una relación asimétrica AT-Paciente. Sin embargo, podemos encontrar una **situación especular** con el paciente, por lo cual es de suma importancia la instancia de supervisión.



La supervisión puede incluir al terapeuta que indica el acompañamiento, la estrategia a usar y el trabajo del equipo para la construcción de un dispositivo eficaz del caso a caso.



Es a su vez un **espacio de análisis de los puntos ciegos** del AT, de su propio inconsciente y de su ética; sirve para la reformulación y revisión de los conceptos teóricos que sustentan su práctica que no se origina a partir de certezas, sino a partir de lo que genera la pregunta.

En este espacio el AT despliega los obstáculos que se le presentan en la práctica misma, y es a su vez una herramienta de trabajo para el AT que permite reflexionar con otro/s acerca del proceso que está atravesando el acompañamiento.

Pensar co-laborativamente es pensar con-otros o copensar. En el espacio de la supervisión se pueden pensar conjuntamente las **técnicas** a utilizar y las **estrategias de acción**, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.

El supervisor es quien realiza un seguimiento del acompañamiento a modo de terceridad, mediando simbólicamente, cuando el vínculo entre el AT y el paciente ya se ha configurado imaginariamente. Posibilita, desde su rol diferenciado, proponer una salida a esa especularidad establecida.



La supervisión como espacio simbólico permite la **articulación teórico-práctica** para pensar y discutir acerca de inquietudes, dudas, interrogantes, puntos ciegos, efectos transferenciales y contratransferenciales inherentes a la práctica profesional.

En la supervisión se pueden tratar casos individuales de cada uno de los At que participan del espacio o casos elaborados en forma grupal. Es un lugar de debate y discusión que produce un acercamiento a nuevas miradas acerca del tema propuesto.

La frecuencia de la supervisión:

Dependerá del momento que esté atravesando el proceso del acompañamiento y de la modalidad de supervisión clínica.

De acuerdo con los diferentes momentos podemos analizar diferentes etapas, por ejemplo:

1. ***Al comienzo del acompañamiento:*** uno o dos encuentros por semana, para poder acordar la dirección del acompañamiento y las reuniones de equipo. En esta instancia se decidirá el encuadre de la inclusión del AT.
2. ***Iniciado el acompañamiento:*** un encuentro cada quince días, o una vez por mes. El acompañamiento ya está en marcha, el vínculo establecido y las relaciones con el paciente cuentan con un alto compromiso recíproco.
3. ***En situación de urgencia o descompensación:*** una o dos veces semanales, aunque depende de la patología de cada paciente y de la experiencia del AT. Si el paciente está en crisis o descompensado es conveniente que el At esté preparado y tenga en claro cuál es la dirección del tratamiento y sus objetivos terapéuticos. Debe tener en claro cuáles son las actividades o intervenciones que se pueden desarrollar, y debe estar alerta a cualquier situación de desborde o actuación contratransferencial u Acting out.

Las modalidades de supervisión son las siguientes:

1. *Individual*: requiere de un seguimiento semanal o quincenal de una hora promedio de duración. Sirve para visualizar mejor y tener un registro del proceso y del tratamiento.
2. *Grupal*: es de seguimiento quincenal o mensual, la duración será de dos horas promedio, aunque dependerá de la cantidad de asistentes a supervisar. Se trabaja con material de más de un paciente.

Beneficios de la supervisión para el AT:

- Ampliar la mirada, generando nuevos sentidos y perspectivas de trabajo.
- Situar distintos momentos del caso o sus variaciones, la dirección terapéutica y los errores técnicos.
- Evaluar la transferencia y la contratransferencia los sentimientos que se despiertan en el Aten relación a su paciente.
- Revisar las funciones del AT en base a la particularidad del caso a caso.
- Protege el trabajo, la persona y la profesión permitiendo que se desarrolle la experiencia dentro de los lineamientos éticos de la profesión.
- Produce ideas creativas para nuevas actividades a realizar con el paciente, para que favorezca su inserción social, estabilidad emocional y mejore su calidad de vida.
- Reduce la carga emocional que implica trabajar en la cotidianidad del acompañado y canalizar la angustia, impotencia, ansiedad y frustración.
- Abre la capacidad de escucha y la mejora, para ayudar a que el AT escuche lo que el paciente manifiesta.
- Permite discriminar si los obstáculos son debido a cuestiones personales del AT: tendrá que trabajar en su espacio de terapia lo que le moviliza el acompañamiento.
- Favorece la autoafirmación en el trabajo.
- Permite clarificar y corregir los objetivos planteados.
- Ayuda a no perder el rol, organizar el material, a la elaboración de los casos internamente.

EL TALLER DE ENTRENAMIENTO.

Esta es otra modalidad a partir de la cual se puede pensar cómo poner en juego lo que pasa en la tarea del acompañamiento, trabajando sobre el rol profesional desde lo personal y desde la particular relación que tiene cada AT con el paciente.



Permite que el AT pueda tener una idea más clara de sus **recursos técnicos** y de sus **dificultades**, de la necesidad de estar actualizado o de las cuestiones personales frente a determinada situación.

Se trabaja en base a una pregunta simple:

“¿cómo puedo mejorar o coordinar tal situación?”

El desarrollo se da de la siguiente manera:

En forma grupal, se generan aportes para un buen desarrollo de la tarea, aprendiendo de sí mismo y de los aportes realizados por los demás. Es necesario recrear situaciones de la práctica cotidiana donde se intente conocer y reconocer los momentos de conflicto de cada participante, considerando la posibilidad de aprendizaje de un repertorio de conductas posibles y alternativas. Se utiliza la técnica de role playing y las técnicas psicodramáticas. El supervisor o el coordinador guiarán el desarrollo de la actividad con preguntas y estableciendo los tiempos necesarios para el desarrollo y resolución de las escenas interpretadas. Se trabaja además sobre las escenas temidas del AT: cuáles son las situaciones hipotéticas o fantaseadas que le pueden generar incomodidad, angustia o amenazar con sacarlo del rol para ver entre todos cómo se posicionaría el AT ante esas escenas temidas mediante la multiplicación dramática.

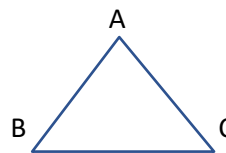
Los objetivos del taller son los siguientes:

- Calmar la ansiedad frente a la tarea que se inicia.
- Incluir herramientas prácticas de role playing para fomentar la introspección personal, determinando fortalezas y debilidades de cada participante.
- Profundizar el análisis de conceptos teóricos y su aplicación en la práctica del rol del AT.
- Potenciar la creatividad sobre estrategias y tácticas a partir de la reflexión crítica.
- Trata de que funcione como una alternativa a la supervisión externa para que favorezca la apropiación de herramientas propias del rol y generar una supervisión interna, propia de cada AT.



El **Trípode Freudiano** está compuesto por:

- A. El análisis personal.
- B. La formación teórica.
- C. La supervisión.



El trípode representa la formación necesaria del analista, que necesita de un triple apoyo.

- A. En primer lugar, en análisis personal, didáctico o terapéutico como instancia necesaria.
- B. En segundo lugar, la formación teórica en sus diversas formas: seminarios, grupos de estudio, comunicación de casos, perfeccionamientos, la universidad, etc.
- C. En tercer lugar, la supervisión, apuntando a trabajar los lineamientos personales inherentes al AT, sus resistencias, sus complejos. Esta instancia se sitúa en un nivel de contingencia y brinda las herramientas teórico-prácticas para “salir del atolladero” y atravesar un obstáculo.



ACTIVIDAD OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 2.



Les recordamos que la participación en el foro en cuanto a las dudas, inquietudes o consultas que surjan durante su resolución forman parte del proceso de aprendizaje del estudiante, por lo que hacemos hincapié en la necesidad de compartir mediante el foro y en fomentar la interacción entre los compañeros y el docente.

Por tal motivo los invitamos a todos a debatir en el foro de debate de la materia los conceptos que hemos estudiado a lo largo de la unidad, ya que el debate participativo en el aula virtual genera la puesta en común de un saber y un conocimiento que se construyen colectivamente.

Consigna.

- A. Les proponemos leer atentamente el siguiente caso⁹ para luego responder las preguntas sobre el mismo.

Paciente: Juana.

Edad: 31 años.

Dispositivo: ambulatorio.

Diagnóstico: indeterminado.

“Se recibe en la Institución XX un llamado telefónico de una psicóloga que desea averiguar acerca del acompañamiento terapéutico para una paciente que ella atiende, comenta que tiene 31 años, vive sola, los padres están alejados, el padre sólo envía dinero para la manutención y gastos de la paciente, dice que “sólo la tiene a ella”.

La paciente tiene conductas compulsivas, come tortas y helados sin control, esto le ocasiona problemas intestinales y además se deprime, no sale de su casa, llama permanentemente a la psicóloga hasta 5 veces por día, también llama varias veces a la psiquiatra.

No se sabe si toma la medicación correctamente, ha tenido 15 años de tratamiento psicoterapéutico y dos equipos terapéuticos de acompañamiento que, según la psicóloga, han fracasado.

⁹ Caso elaborado por el equipo de REDBA.

La psicóloga comenta que la paciente es muy competitiva, que el AT debe ser femenino y joven porque de otra manera rechazaría el acompañamiento.

Se conviene una reunión en la institución con la psicóloga y la psiquiatra que atienden a la paciente. Se estipulan dos reuniones, en la primera acude una AT a la institución a la que se le presenta el caso, la AT desiste de tomar el acompañamiento contando que no le resulta posible acompañar un caso que percibe como grave. En la segunda reunión acuden otras dos AT y participan: la psicóloga, la psiquiatra, el coordinador de AT de la institución y las dos aspirantes.

La psicóloga dice que está desbordada por la situación, que no puede sostener a una paciente que es demasiado demandante, que antes de indicar una internación prefiere poner un AT para lograr contener a la paciente. Hace muchas preguntas sobre las AT, sus antecedentes, y dice que no comenten a la paciente que trabajan en el Borda, tampoco si tienen hijos o no. Hace hincapié en que hay que tener mucho cuidado porque la paciente es muy sensible.

Se acuerda con una de las AT que comience el acompañamiento en la semana y que se programen los horarios necesarios. Hay desacuerdo entre la institución con la psicóloga en la modalidad de conducir el tratamiento, también sobre algunos aspectos de la medicación indicada por la psiquiatra, de todas maneras, se intentará trabajar conjuntamente para evaluar las posibilidades de que el AT sea el recurso indicado para esta paciente.

Relato de la AT de los dos días de acompañamiento.

Día 1: martes de 17.45 a 20.35

Concurrimos al departamento de la paciente junto con su psicóloga que la presenta con palabras tales como “esta chiquita necesita que la cuiden, la protejan, la mimen con mucha dulzura”.

El lugar está colmado de muñecos de peluche en los muebles, en la mesa, en el piano, los de mayor tamaño están sentados a una mesa como en una salita de jardín de infantes; hay recipientes con vasos llenos de lápices, pinceles, papeles, elementos de cotillón. En el balcón hay una casita de juegos con bandejas y vasos dispuestos para un picnic. Las plantas y flores del departamento son artificiales. Las paredes están cubiertas de fotografías de la paciente donde se encuentra sola, en algunas tiene ropa de maestra jardinera. Hay carteles con dedicatorias para la paciente de sus alumnos.

La paciente tiene un alumno de inglés y se lamenta que por el fin de semana largo no estará. Cuelga mi abrigo y cartera en el perchero, le comento que tengo uno igual con sombreros similares, me comenta cómo llegó el perchero y dónde compró los sombreros. Pide disculpas por la falta de limpieza y dice que no deja que nadie lo haga por lo delicada que son sus cosas, también se disculpa por ir al baño tan seguido.

La radio se encuentra permanentemente encendida en “Millenium”, menciona que su hermana “siempre hacía todo bien”, “nunca dio problemas”, en cambio ella “desde pequeña fue atendida

por psicólogos y psicoterapeutas". Habla del programa "Reina en Colores", sobre música, canciones, bailes, muestra sus cds antes de ir al baño, nos dedica una canción con todo un saludo especial.

Continúa la conversación, llega la psiquiatra, comienzan los desacuerdos entre la psiquiatra y la psicóloga ante la paciente que se muestra disgustada y dice "no peleen", la paciente va de nuevo al baño, la psicóloga va al dormitorio porque escucha que la paciente está llorando y se queda con ella. Al rato regresan, la paciente comenta que se encuentra muy movilizada, que la angustia muchos cambios: comenzar de nuevo con el acompañamiento, concurrir a los grupos XX que le recuerdan a ALCO. Hace muchas preguntas sobre mi disponibilidad de horarios, cómo encontrarme en diferentes horarios, si por la noche tiene una compulsión y necesita llamarme. Explico que sería conveniente establecer algunos horarios, que también puede ser en la noche el acompañamiento y que sólo ante emergencias estaría dispuesta a trasladarme en horarios distintos, sino ya sería otro tipo de acompañamiento.

La paciente refiere que no duerme por la noche, que se angustia y pide tortas por teléfono, luego tiene problemas intestinales, me pide mi teléfono, reitero que el mensaje en el contestador está grabado por mi hijo, que tengo otras actividades, que establecer los tiempos del acompañamiento es necesario para instalar un orden. Convenimos que el jueves a las 18 horas será el próximo acompañamiento para concurrir al grupo XX.

Nos retiramos con la psicóloga, al despedirnos la paciente permanece junto al ascensor y no deja que subamos para irnos, luego de abrazos y besos nos vamos, ella continúa desde el portero con la despedida.

Día 2: jueves de 18 a 22 horas.

La paciente me recibe muy deprimida, en camisón, dice que no va a ir al grupo XX porque ha tenido una compulsión y se ha comido una torta por la noche con helado, se encuentra muy descompuesta, con problemas intestinales, no tiene fuerzas, se la ve pálida y sin voluntad, trata de justificarse por su apariencia.

Se sienta a conversar y luego se va a acostar, dice que se esforzó por no dormirse y abrirme la puerta. Dice que todo lo nuevo le genera una gran exigencia. Miramos y leemos algo de literatura del grupo al que iba a concurrir y dice "lástima que se reúnen un solo día". Le comento que hay otros lugares a los que puede concurrir, pero no acepta la sugerencia, convenimos que la próxima semana la acompañaré. Vemos revistas, me invita a leerlas mientras está acostada, me lleva a la cocina, dice que la heladera está a mi disposición, pensamos que si el domingo está lindo saldremos por la tarde.

Señala que en otros acompañamientos ella se exigía mucho, que ahora ella va a ser tal cual es. Se va a costar diciendo que en otro momento me mostrará el departamento. Enciende todas las luces que restaban, permanece dos horas acostada, al escuchar movimientos voy a su cuarto y me dice que tome asiento, que no tomó la medicación de la tarde, intervengo sobre la necesidad de

tomar la medicación y que la puedo esperar a que coma algo y tome la medicación, dice que no, que cuando me vaya pedirá comida por teléfono y después toma la medicación.

Recibe la llamada de la psicóloga que estaba al tanto de lo sucedido (yo le mandé mensaje), la paciente relata sobre mi permanencia allí, lo conversado, lo realizado, que ya me voy y que le dé una reflexión. Las dejo conversar y me retiro al living, una vez que corta regreso, hablamos de que mañana tiene que concurrir al consultorio de la psicóloga a las 19, y señala “suerte que es por la tarde”, que le dará tiempo para estar mejor, espera que sea un día mejor y que no llueva. Dice que me va a necesitar recién el domingo, hablamos de películas, paseos, etc. nos despedimos con un beso y un abrazo.

El día sábado la paciente llama a la AT y le deja un mensaje en el contestador, diciendo que no la va a necesitar para el fin de semana, que en realidad no necesita más el acompañamiento.

Ante la falta de comunicación de la psicóloga responsable del tratamiento ese día, el domingo, lunes y martes, el coordinador se comunica con la psicóloga el miércoles, para informarse de la posición de esta profesional ante la conducta de la paciente y de los motivos de la finalización abrupta y repentina del acompañamiento.

La psicóloga argumenta que la AT ha deslizado en sus comentarios con la paciente situaciones de su vida particular que la perjudican. Que la paciente no está preparada para escuchar situaciones familiares de la AT porque su vida familiar (la de la paciente) es muy angustiante”.

B. Luego de la lectura les solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. Determinar en el informe de la AT ejemplos de alguna de las 8 funciones del AT según Kuras y Resnizky.
2. ¿Cuál es el encuadre de trabajo pautado?
3. ¿Cómo se pueden aplicar los momentos del acompañamiento en este caso puntual?
4. ¿Cuáles son las funciones de la AT que se cumplen en este caso?
5. Describir la operación psicológica que realiza la AT en el caso analizado.
6. Realizar un esquema que incluya necesidad-objetivos-tarea-encuadre.
7. ¿Qué tipo de transferencia se despliega en este caso entre la paciente y la AT?
8. ¿Cómo está compuesto el equipo terapéutico y cuáles son las funciones de cada integrante en este caso? ¿Existen dificultades?
9. ¿Qué tratarías en supervisión sobre este caso?
10. ¿Qué aspectos contratransferenciales podemos encontrar?

C. La actividad será subida al foro de entrega de actividades en el momento en que el tutor docente lo solicite. Los formatos que son aceptados en el foro son: .doc; .docx; PDF y .odt.



GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 2:



Les recordamos que las actividades de autoevaluación son obligatorias. El docente tutor les indicará en qué momento deberán subirlas al foro. En cada caso encontrarán al final del cuadernillo un apartado con las respuestas a cada guía.

Sostenemos la importancia y la necesidad de la interacción por el foro para favorecer el intercambio de conocimientos y el proceso de aprendizaje.

Consigna:

1. Les proponemos lo siguiente:
 - a. Realizar un cuadro conceptual donde se consignen los roles y funciones de los integrantes de un equipo terapéutico.
 - b. Determinar los aspectos más importantes de la Operación Psicológica (OP) con ejemplos en cada punto, incluyendo las características de la OP.
 - c. Definir el concepto de transferencia y contratransferencia y sus diferentes tipos, citando un ejemplo en cada caso.
 - d. Reflexionar acerca de la cuestión de la amistad en el acompañamiento y de la operatividad de la intervención del AT.
2. Subir la actividad al foro de autoevaluaciones.
3. Leer las autoevaluaciones de los compañeros de cursada y debatir en el foro de debates acerca de la importancia de la Operación Psicológica del AT.

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA

- Kuras de Mauer, S.; Resnizky, S. (1985) *Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica*. Cap. 2 “El rol del acompañante terapéutico en el tratamiento de pacientes psicóticos”; Cap. 9 “Aspectos técnicos de la labor del AT”. Buenos Aires, Editorial Trieb.
- Pulice, G. (2016) *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Cap. 2 “Consideraciones preliminares a la iniciación del acompañamiento”; Cap. 3 “Acerca de la técnica: desarrollos en la clínica” Buenos Aires, Editorial Letra Viva.
- Sálíche, Sergio (2021) *Introducción al Acompañamiento Terapéutico*. Cap. 4 “la amistad, la familia y el AT”. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.

PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE PRIMERA ETAPA:

Actividades preparatorias.

<u>Práctica Profesionalizante.</u> La misma es individual y de carácter obligatorio. Está orientada a la construcción de conocimientos y a favorecer la internalización de los conceptos a través del análisis crítico de los casos propuestos.

Actividades obligatorias de los estudiantes	Modalidad de trabajo	Lugares en que se realizarán	Cargas horarias
Primera Etapa: Actividades preparatorias			
- Indagar los saberes y experiencias previas. - Lectura comprensiva de los materiales didácticos y la bibliografía obligatoria. - Recuperar conocimientos teórico - prácticos del enfoque centrado en la persona, para una mejor comprensión del rol del A.T. - Construcción de conocimientos teóricos prácticos sobre las técnicas de la observación y la entrevista. - Intervenir en el foro. - Elaborar el plan individual de actividades de cada estudiante	Aprendizaje independiente complementado con dialogo pedagógico mediado y trabajos colaborativos	Espacios propios del estudiante / Campus virtual	10 horas <i>Estudio independiente</i>
- Tutorías obligatorias no presenciales distribuidas en instancias semanales de una hora de duración.	Abordaje de problemas de la práctica	Campus virtual	8 horas <i>Tutorías Primer bimestre</i>

CONSIGNA 1:

1. *Elaborar el plan individual de actividades de cada estudiante:*

Les proponemos que diseñen una hoja de ruta para organizar las actividades que van a realizar en esta primera etapa. Debajo de las consignas les presentamos un ejemplo. La hoja de ruta es una instancia previa al desarrollo de las actividades de la práctica

formativa que les servirá de orientación, como un plan de trabajo. Una vez que la tengan confeccionada la subirán al foro de debates con el mensaje “*hoja de ruta de (nombre y apellido)*”. La misma se podrá ir complejizando a medida que se complejice la práctica profesionalizante. Adjuntamos un modelo posible:

	<u>ALUMNO</u>	<u>FECHA</u>	<u>HORA</u>
	<u>Nombre y apellido:</u> <u>Institución:</u>		
<u>OBSERVACIÓN 1</u> Institución observada: Modalidad de observación: <i>No estructurada-Estructurada</i> <i>Silente-parlante</i> <i>Individual-grupal</i>			
<u>OBSERVACIÓN 2</u> Institución observada: Modalidad de observación: <i>No estructurada-Estructurada</i> <i>Silente-parlante</i> <i>Individual-grupal</i>			
<u>ENTREVISTA</u> Informante clave: Modalidad de entrevista: <i>Estructurada-no estructurada</i> <i>Focalizada</i> <i>No dirigida</i>			

2. *Lectura comprensiva de los materiales didácticos y la bibliografía obligatoria:* Leer las unidades 1 y 2 y reflexionar acerca de lo leído para luego exponer sus reflexiones en el foro de debates de la materia.
3. *Intervenir en el foro:* a partir de la lectura anterior les proponemos debatir en el foro la importancia de la labor del AT en los diferentes ámbitos en los que desarrolla su actividad profesional. El debate se realizará en el foro de debates bajo el título “*debate de la práctica profesionalizante primera etapa*”.
4. *Construcción de conocimientos teóricos prácticos sobre las técnicas de la observación y la entrevista:* para comenzar a trabajar sobre las observaciones y entrevistas que deben diseñar en esta primera etapa de la Práctica Profesionalizante les proponemos recuperar los conocimientos acerca de estas dos técnicas de la materia *Metodología de la investigación*. Los invitamos, además, a pensar acerca de las cualidades y condiciones necesarias para la observación, a saber:
 - Orientación y conocimiento de lo que se quiere ver.
 - Estar libre de nociones preconcebidas y de prejuicios, sin prisa, sin excitación.
 - Madurez, discreción.
 - Actitud de alerta, interesada y activa.
 - Habilidad de pasar desapercibido.
 - Capacidad de escuchar y oír.
 - Capacidad de vigilar y ver.
 - Capacidad de hacer cálculos mentales.
 - Habilidad para considerar las interrelaciones con el contexto.
5. *Recuperar conocimientos teórico - prácticos del enfoque centrado en la persona, para una mejor comprensión del rol del A.T:* van a realizar un proceso de reflexión personal acerca del rol del AT en salud mental a partir de la lectura de la bibliografía obligatoria “Introducción al Acompañamiento Terapéutico” de Sergio Sáliche, capítulo 4. Este material será articulado con la reflexión acerca de la Operación Psicológica del AT en el ámbito laboral.
6. *Tutorías obligatorias no presenciales distribuidas en instancias semanales de una hora de duración:* el docente tutor habilitará el espacio del foro virtual para realizar las tutorías no presenciales obligatorias los días Martes de 18:00 a 19:00 horas. En esta instancia realizaremos debates acerca de las actividades realizadas y sobre la lectura del material de la bibliografía obligatoria de la cursada. La participación en esta instancia virtual es una posibilidad más de promover el aprendizaje colectivo a partir del debate en los foros.

UNIDAD 3: DIAGNÓSTICO, HIPÓTESIS DE TRABAJO EN EL MARCO DE LA INTERDISCIPLINA.

FUNDAMENTACIÓN

Hemos hecho hincapié en la unidad 2 acerca de la importancia del trabajo profesional del AT dentro del marco de un equipo interdisciplinario. En la clínica del abordaje de las patologías graves es necesario poder contar con un equipo de profesionales de diferentes ramas del saber que permita articular estrategias de acción y modos de intervención que vayan generando el campo clínico.

Cada consulta puede presentarse desde diferentes perspectivas, en eso reside la riqueza del dispositivo interdisciplinario.

Un dispositivo es un recurso a disposición del equipo médico dentro de un marco estipulado por los acuerdos del contrato terapéutico. No son anticipables ni están pre determinados, son complejos montajes o construcciones conjuntas del psicólogo, psiquiatra, terapistas y AT que enriquecen el proceso del paciente, y donde van a ir apareciendo las diferentes figuras del dispositivo.

El trabajo en equipo interdisciplinario propicia las condiciones necesarias para el despliegue del trabajo psíquico del paciente. Cada dispositivo se irá construyendo como tramo de una trama mayor, en co-laboración o labor-con, en un trabajo diverso y conjunto.

OBJETIVOS

- Reconocer la importancia del trabajo interdisciplinario en el equipo tratante.
- Determinar las características del diagnóstico y su utilidad para la labor del AT.
- Comprender la relación existente entre el diagnóstico y la hipótesis de trabajo para el rol del AT.

3.1 EL DIAGNÓSTICO

Sabemos que el At ejerce sus funciones desde la **cotidianeidad del paciente**, entendemos entonces que su labor puede resultar de utilidad para alcanzar alguna precisión en la **elucidación del diagnóstico de un sujeto**, lo cual tendrá a su vez consecuencias en el nivel de sus intervenciones.

Vamos a analizar la cuestión del diagnóstico a partir de un caso clínico que nos acerca Gabriel Pulice¹⁰.

El autor presenta el **caso de Juan**, un paciente que ingresa en una Institución con un diagnóstico de *“retraso mental moderado”*. Durante el tiempo en el que se desarrolla el acompañamiento terapéutico Juan no cuenta con un espacio de terapia, lo que significa que la perspectiva del caso tiene una particularidad acotada a la práctica del AT, cuyas intervenciones se fueron orientando a partir de la lectura que iba haciendo en las reuniones de equipo con los otros profesionales que intervenían en su tratamiento.

Veremos cómo se dispone el dispositivo y cuál es la estrategia de acompañamiento, planteada por el Coordinador de la Institución y vehiculizada por las técnicas propias del AT.

Presentación del caso.

El acompañamiento se desarrolló durante un año, indicado por la imposibilidad del paciente de trasladarse por sus propios medios a la Institución que concurre todos los días por la tarde. Ninguno de sus familiares dispone de tiempo para llevarlo hasta el lugar y pasarlo a buscar luego.

El paciente tiene 20 años, vive con su madre y cuatro hermanos (uno es su mellizo), tiene otra hermana casada que no vive con ellos. Su padre reside en el interior y tras separarse de su mamá ha formado una nueva familia.

La reconstrucción de la historia familiar es difícil: el relato de Juan es confuso y el de la madre difiere de la del padre, quien aparece un año después de su ingreso a la institución. Ambos tienen antecedentes psiquiátricos, la madre estuvo internada con un diagnóstico de esquizofrenia cuando Juan era pequeño, y el padre estuvo internado por un episodio psicótico con alucinaciones.

La madre manifiesta que el embarazo no fue deseado, que no sabía que eran mellizos, *“que el medico lo ocultó hasta último momento por temor a que decidiera un aborto, dada la difícil situación económica por la que atravesaba la familia”*. Continúa su relato diciendo que Juan fue el segundo en nacer y que a los 5 días se quedó dormido 25 horas, luego lo llevó al médico que *“lo despertó con una palmadita.”* Juan pasó su infancia internado pupilo, aunque no se puede saber a

¹⁰ Pulice, Gabriel (2014) *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.

qué edad lo internaron ni durante cuánto tiempo. El instituto fue clausurado por denuncias de abuso y maltrato.

Según el padre Juan no era visitado cuando era el momento de aprender a leer y a escribir y se comportaba *“como un animalito.”* Según la madre ella misma le enseñó a leer y a escribir.

Juan ingresa a instancias de su madre y su prestación la cubre la obra social. La familia no puede hacerse cargo de los traslados así que resuelven **la intervención de un AT** ya que su labor favorecería el trabajo específico de su **orientación témporo-espacial** propiciando el **autovalimiento**.



El acompañamiento consistía en una hora a mediodía para ir a la Institución y otra por la tarde para volver a casa. Los traslados se realizaban en autobús y el viaje era de media hora.

Los traslados se realizaban sin dificultades, ya que Juan aceptaba de buen grado el acompañamiento, estaba de buen humor, no presentaba agresividad, y se mostraba dependiente del AT.



La **consigna** dada por el Coordinador fue que se trabajara específicamente en el autovalimiento, el manejo del dinero y la orientación en la vía pública.

El dispositivo institucional era **Clínica de Día**, los concurren diariamente de lunes a viernes. Tenían talleres de terapia ocupacional, musicoterapia, grupos de reflexión y terapéuticos. Cuentan con 3 grupos, Juan estaba en el de *“los tontos”*, el primero era de los pacientes *“más avanzados”* y el último de los pacientes *“atípicos”* profundamente deteriorados.

Las supervisiones se realizaban con un psicólogo que, a su vez, era el dueño de la clínica, con una frecuencia de una vez al mes. Al AT se le exigía una entrega trimestral de informe sobre Juan.



Juan no contaba con psicólogo, era atendido por el psiquiatra de la obra social que cada dos o tres meses entrevistaba a la madre para renovar las recetas.

Los espacios importantes de escucha de Juan eran un taller de relaciones humanas en la Institución y el acompañamiento terapéutico.

Primer informe del AT (enero)

“Juan presenta un comportamiento muy satisfactorio durante los traslados, disfruta de las actividades en la pileta. No varía su comportamiento, día a día parece estar igual. No consigue

comprender el manejo del dinero, aunque distingue algunos billetes. Tampoco se orienta a pocas cuadras de su casa.

Repite frases como estribillos y es difícil hacerlo razonar, se muestra obediente y pocas veces se enoja o dificulta el trabajo. Es difícil que interrumpa su discurso que está lleno de frases hechas que repite continuamente, refieren al pasado reciente, por ejemplo: dice que tomó mate y que trabajó mucho.

Es afectivo, su demanda de cariño y aprobación es constante, se pregunta así mismo si se siente bien si tiene calor, si está rico el helado que come en ese momento.

No le resulta difícil relacionarse con nadie, no parece registrar la palabra del otro, aunque es extrovertido y comunicativo, sus diálogos se componen únicamente de su propio discurso compulsivo. Es obediente ante una orden, cuando la unidireccionalidad del diálogo invierte su sentido y se impone la palabra del otro, aparece en su discurso la madre “la gorda” como un “tiburón” que come permanentemente, y que al mismo tiempo tiene un cariño ilimitado, “mi mamá los quiere mucho a todos”.

Su necesidad de llamar la atención aparece como algo compulsivo, habla fuerte, cabe cuestionarse de qué está hablando Juan en realidad.

Su hostilidad está absolutamente inhibida, llega a pedir perdón en cualquier momento, por cualquier cosa, a lo que sigue inevitablemente la pregunta “¿me querés mucho?”.

Segundo informe del AT (abril)

“Resulta difícil poder decidir cuál es el nivel de trabajo o el estado actual de sus conductas, referidas a la vinculación con la realidad, que se trata de promover desde el acompañamiento terapéutico. Tanto en las salidas como en los desplazamientos de y hacia su domicilio, los objetivos terapéuticos orientados al autovalimiento se ven obstaculizados por una notable inconstancia de su parte. Siendo los objetivos el manejo del dinero y la orientación espacial y temporal en la vía pública, la irregularidad de sus respuestas es permanente.

El aprendizaje del manejo del dinero es casi nulo, aunque es capaz de realizar una seriación perfecta de los billetes de acuerdo con su valor, sabe sumar, sabe el precio de algunas golosinas, reconoce y diferencia los billetes perfectamente. Se declara incapaz de calcular cuánto puede comprar con su dinero, se enoja con el AT cuando el dinero no le alcanza para comprar la golosina que quiere, sin embargo, algunos días indica con precisión precio y cantidad, dando la impresión de que tales aciertos tienen más que ver con su memoria que con un aprendizaje de las estructuras de intercambio implicadas en el uso del dinero.

Hay una leve mejoría respecto al autovalimiento en la vía pública, aunque con discontinuidad, lo que le da el carácter de conmovedora fragilidad. Viaja lejos del AT en el colectivo, porque así

hace como que “viaja solo”, con la consigna de avisar al AT cuando se llega a destino. Muchas veces, aunque es Juan quien inicia el juego, se despreocupa luego de la consigna. A veces puede concentrarse y avisa con precisión. Se trabaja en el reconocimiento de ciertos edificios, carteles u otros puntos de referencia próximos a la parada del colectivo, lo que permitió que mejorase notablemente la ubicación. Pero de un día para el otro volvemos al punto de partida, negándose a reconocer algo que le permita orientarse. Al otro día recupera mágicamente la memoria.

La relación con el AT es muy favorable, responde con docilidad, aunque puede llegar al enojo si se le cuestionan sus respuestas automáticas, sus estribillos: “mi mamá los quiere mucho a todos”, “vamos a tomar mate porque soy un amigo”, “desayuné mate con pan con queso”, “estoy frito porque trabajé todo el día”, “todo el día rumba y tumba”, o cuando se le devuelven sus preguntas: - ¿estoy cansado?

-no lo sé Juan, ¿te sentís cansado?

Estos enojos parecen derivar en charlas con el AT que logran algún efecto positivo en su proceso de implicación subjetiva, aunque con el mismo carácter de fragilidad anteriormente destacado.”

Antes de presentar el último informe veremos algunos datos: el AT ha observado que algo ha ocurrido en Juan, algo parece haber movilizó su propio **deseo de autovalimiento**. Se evalúa en el equipo que la posible inclusión en su grupo de otros pacientes ha producido un **cambio importante en su posicionamiento subjetivo**.

En su grupo fueron ingresando: esteban, Mariano, Jorge, Silvana, Estela. Al poco tiempo de haber ingresado esta última Juan comienza con ella *“un romance”* tal como él lo llama, se besan, se toman de la mano, están juntos todo el tiempo, en una relación que podría calificarse como **simbiótica**. Sin embargo, él da cuentas de no sentirse muy cómodo, ella es 20 años mayor y parece decidida a absorberlo. El romance se prolonga algunas semanas y, por primera vez, es cuestionado el acompañamiento: primero por Estela y luego por Juan. El cuestionamiento se resume así: *¿porque Juan, al término de las actividades, se va con el At y no con ella?*

La protesta de Estela dura varios días, como reproche dirigido hacia Juan, poniendo en tela de juicio **los beneficios que él mismo venía gozando a raíz de su desvalimiento**. A eso se le suma que todos sus compañeros de grupo viajaban solos, **sin depender de otro**. Este tema se trabaja en los talleres de la institución y en el espacio del acompañamiento.

Juan comienza a manifestar gran preocupación por el cumplimiento de los horarios, *“hay que respetar los horarios”* es su estribillo favorito. El horario se vuelve una preocupación a punto tal que se alerta cuando el AT lo pasa a buscar minutos más tarde o si se adelanta. Los retrasos provocan el enojo de Juan. Un día el AT se retrasa 5 minutos, al llegar lo encuentra en un estado de gran alteración, el AT le pregunta por qué estaba así a lo que le responde *“tenía miedo de que te hubieran colgado”*: la madre relata que el día anterior habían ido a Luján al museo de cera, donde vieron la figura de un hombre ahorcado. *“Hay que respetar los horarios”* queda ligado a una

imagen que enmascara otras representaciones significativas para él, de las que desconocemos su naturaleza.

En otra ocasión Juan le comenta al a AT que ha discutido con su madre y con su hermano mellizo porque no quería irse a dormir, se quería quedar a escuchar música con él. Dice también que **no quiere dormir más**, para que se vaya a dormir la madre le dice *“hay que respetar los horarios”*. Estas discusiones tienen **implicaciones afectivas**, al tiempo que vemos cómo la frase va teniendo significación en vínculo con su acompañante. También lo podríamos pensar un **reclamo** por parte del paciente para que se tuviera en cuenta lo que le estaba sucediendo en ese momento.

Asimismo, cabe recordar lo señalado al comienzo sobre aquel episodio en el que **se queda dormido durante 25 horas**, que parece sugerir su posible conexión con su actual reticencia a la hora de dormir, especialmente cuando su hermano mellizo se queda despierto.

Tercer informe.

*“En los últimos meses se ha producido uno de los logros más importantes de Juan en relación con su autovalimiento: el joven **aprendió a viajar solo en colectivo**. Sin embargo, esto ocurrió cuando su familia estaba por cambiar de domicilio, lo que hizo necesario al cabo de una semana volver al punto de partida, pues el recorrido del nuevo autobús es totalmente diferente al anterior. No obstante, Juan ha comenzado a dar indicios de que su logro no ha sido resignado, aunque es necesario respetar su tiempo de adaptación a la nueva situación.*

*El logro alcanzado parece estar relacionado con su **deseo** más que con un proceso de aprendizaje propiamente dicho. Si bien fue necesario acompañarlo en **su deseo de autovalimiento**, estimular y facilitar los medios para lograrlo, algo puso en movimiento parte del potencial de Juan que estaba inerte. La **demanda del grupo** a subvertido la comodidad de una situación, una postura que sintomáticamente le reportaba beneficios: Juan, hasta hace algunos meses, era prácticamente el último el único integrante de su grupo, con lo cual toda la atención de sus terapeutas estaba puesta sobre él, siendo el depositario de todo su afecto y de sus cuidados. El ingreso de otros compañeros fue posibilitando la circulación, **la puesta en movimiento de un deseo** que ya no podía restringirse a relaciones duales cerradas sobre sí mismas.*

Así como fue Juan se vinculó afectivamente con una compañera, nueva integrante de su grupo, en una relación que él llama “el romance”. Esta mujer de mayor edad comienza a cuestionar el acompañamiento: ¿Por qué en vez de irte conmigo te vas con él? La respuesta es: porque no sabe viajar solo.

*A partir de esta **demand**a a veces implícita y otras veces bastante explícita, que es sostenida por todo el grupo, Juan comienza a cambiar su actitud, revelándose al acompañamiento, algo que llama la atención porque él siempre había sido un joven muy dócil. Se le plantea entonces una única alternativa: **si quiere viajar solo tiene que aprender**. Entonces el acompañante le dice que*

esto es algo muy importante, que si bien el equipo terapéutico lo apoyaría en su intento de alcanzar el objetivo y el acompañante también lo iba a ayudar, esto dependía exclusivamente de sí mismo.

Así comenzó el trabajo reconociendo la próxima parada, una importante plaza era la referencia para bajarse camino a la institución, un luminoso cartel de una casa de venta de pollos era lo que marcaba el regreso a su casa. El AT le propuso a Juan que jugaran **un juego**: que durante el viaje no se hablaran, y que tenía que bajarse sin avisar. Juan se mostró entusiasmado, y a partir de ese momento comenzó a bajar solo del autobús. Antes de bajar se acercaba al acompañante y le preguntaba: “¿no te tengo que decir nada?”. El acompañante y le decía que no, y esto significaba un visto bueno. Entonces tocaba el timbre, y luego se bajaba en la parada apropiada. El acompañante bajaba detrás, tratando de no interferir con su acción. Luego, se estableció que si él se bajaba bien era autorizado a ir solo a la institución, lo que resultaba reconfortante, pues al llegar sólo daba muestras compañeros de su progreso. Éste juego es sostenido durante varias semanas, con excelente resultado en el transcurso de ese tiempo cuando rompe relaciones afectivas, pero esto no afecta nada su **deseo de autovalimiento**, que se va afianzando hasta llegar al punto de volver a rebelarse por el acompañamiento, pero esta vez desde otro lugar esencialmente diferente que podría indicarse así: “¿por qué, si él ya sabe viajar solo, debe seguir soportando el bochorno de ser llevado y traído por un acompañante?”

El paciente comenzó a dar indicios de la aparición de **ansiedades persecutorias** encarnadas en la persona de la acompañante. Una vez, estando en la institución y ante el llamado de alguien a la puerta, Juan, que estaba en la cocina, llega a la sala de recepción, preguntándole a su acompañante si era él el que había tocado el timbre. El acompañante le dice que no, le pregunta si no lo había visto, que estaba así desde hacía rato, a lo que Juan responde con un gran enojo diciéndole: “fuiste vos, que me perseguís a todos lados”. Aparte esto fue evaluado por el equipo terapéutico como consecuencia de la prolongación en el tiempo de la etapa de aprendizaje, pues habiéndose completado, se continuó con el mismo esquema de acción, que no permitía la evolución del paciente. Era necesario establecer la forma en que fuera posible que Juan viajara solo sin ningún tipo de peligro. Se montó un dispositivo que permitió la concreción del fin deseado: durante algunos días, Juan fue acompañado a la parada del colectivo por su acompañante, pero subía solo. El acompañante terapéutico tomaba el número interno del vehículo, y avisaba telefónicamente a la institución, desde donde alguno de los profesionales y va a esperarlo a la parada con la consigna de subirse al vehículo si es que Juan no se bajaba. La prueba fue superada con éxito por el lapso de dos semanas, luego de lo cual su familia debió cambiar de domicilio, por lo que se debió volver al punto de partida. La evolución, de todas maneras, ha sido positiva, y es de esperarse que lapso de aprendizaje sea más breve que en la primera ocasión.”

LA FUNCIÓN DEL AT EN EL CASO JUAN.

La inserción del acompañante terapéutico en el dispositivo y la estrategia creada para el caso son las siguientes:

En el inicio hay una **consigna** dada desde el equipo terapéutico referida al **autovalimiento** del paciente, el AT debe trabajar con Juan sobre:

* el manejo del dinero.

*la orientación en la vía pública.



Juan no contaba por entonces con espacio alguno de terapia individual que posibilitara al AT y a los demás profesionales orientar sus intervenciones.

Había un **coordinador** que permitió ir haciendo alguna lectura de los movimientos que se iban produciendo en el trabajo con Juan. El hecho de que no se hubiera establecido desde la institución una estrategia rígida, permitió a la AT establecer **una táctica propia** que posibilitaría **los cambios en la posición subjetiva de Juan** en las distintas instancias del dispositivo.



La **táctica** del AT encuentra sus **límites y su campo de posibilidades** en la estrategia institucional, la que a su vez va a estar subordinada a las políticas de la obra social y además a las decisiones de la madre, genuina conductora del tratamiento, ya que es ella quien determina el ingreso de Juan a la institución y luego la interrupción del tratamiento. Entre estos **límites** se juegan las **condiciones de posibilidad** en las intervenciones del AT.

Habiéndose partido de una consigna inicial dirigida a **operar sobre el Yo del paciente** para propiciar su adaptación social, a partir de un trabajo orientado desde la perspectiva de la **reeducción**, el acompañante pudo implementar ciertas **modalidades de intervención** tendientes a sintonizar con el sujeto en su **condición deseante**.



A partir de eso hay **un punto de inflexión**, un **reposicionamiento** de Juan respecto de sus supuestas discapacidades a partir de **una escucha y una lectura de la situación** por parte de la acompañante, que lo llevan a dejar de intervenir desde la **perspectiva educativa** (en el sentido de enseñar al paciente lo planteado por la consigna), para pasar a **confrontar al sujeto con su propia implicación** respecto de sus limitaciones e inhibiciones, y la necesidad de comprometerse él mismo en la resolución de aquello que quisiera modificar.

Tampoco se trató de prestarle el Yo del acompañante al paciente, ni de ofrecerse como modelo de identificación, sino de **ofrecer una escucha atenta a la espera** de que algo de otro orden se hiciera oír, para introducir entonces las preguntas adecuadas para favorecer su implicación en ese proceso.

ANÁLISIS DE LOS INFORMES PRESENTADOS.

En los primeros informes puede apreciarse cómo los insistentes intentos de que el joven aprendiera a resolver sus dificultades se veían continuamente frustrados. Sin embargo:

- la memoria de Juan funcionaba muy bien
- podía realizar otras operaciones psíquicas, incluso de mayor complejidad que las planteadas en la consigna.



Estos datos que han sido observados nos obligan a **revisar el diagnóstico** con que ingresa al dispositivo institucional (*retraso mental*), sostenido la idea de que sus dificultades adaptativas de derivarían de un supuesto *déficit de inteligencia*.



Veamos entonces:

- La imposibilidad de manejarse con el dinero se contradecía con su habilidad para resolver otros asuntos que requieren de un mayor nivel de abstracción, como el manejo exacto del uso horario.
- En contraposición a su torpeza para sumar y restar el valor de las monedas y de los billetes, no tenía dificultades a la hora de sumar y restar minutos calculando mentalmente con precisión cuánto tiempo faltaba para concluir alguna actividad, sobre las cuales recordaba perfectamente sus horarios de inicio y de finalización.
- Le resultaba imposible memorizar el valor del Pasaje de autobús o cuánto tenía que dar de vuelto.

*Nos preguntamos: ¿Qué es lo que luego se activó en él haciendo posible **un cambio en su posicionamiento subjetivo**?*



Puede pensarse tal **imposibilidad de autovalimiento** en conexión a los beneficios secundarios que eso le reporta:

- Ser el más mimado de los hermanos y atendido por la madre, modalidad de vinculación que reproducía tanto con el acompañante como con el resto de los profesionales del equipo.
- El ingreso de nuevos compañeros a su grupo y lo que se generó a partir de su romance con Estela parece haber movilizó algo diferente.

- La incomodidad y el malestar que se empiezan a producir en él al advertirse el significado de esos supuestos beneficios de la enfermedad, parecen haber provocado en Juan la aparición de un **deseo propio** de revertir esa situación, el deseo de poder “ir”, en lugar de ser “llevado”.



Este **cambio de posicionamiento** estuvo apuntalado en el trabajo que se efectúa en la institución a través de los talleres y en las entrevistas realizadas por el AT con la madre.

Resulta oportuno puntualizar algo que tiene que ver específicamente con la **técnica** del acompañante, con los **recursos y herramientas** que puede utilizar en su praxis. El modo en el que es implementada es parte de un trabajo con una **propuesta lúdica**, que va a vehicular el logro de Juan en relación con el **autovalimiento**, permitiendo incluir en él el establecimiento de ciertas pautas, “*las reglas del juego*”, es decir, el acceso del paciente algún tipo **de normativa** sin que eso se confunda con una imposición, lo que podría tener consecuencias contrarias a lo esperado. Esto permite, además, el establecimiento de **un vínculo entre el sujeto con el otro que favorece el proceso de simbolización**.

LA CUESTIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico con que Juan ingresó a la institución es de **retraso mental (oligofrenia)**.



La **oligofrenia** está definida como *insuficiencia de comienzo muy precoz en el desarrollo de la inteligencia* oponiéndose a las demencias que son el deterioro de una inteligencia que se habría desarrollado normalmente.

Una de las pioneras en estos temas, **Maud Mannoni**¹¹ sostiene que existe la creencia de que ciertas afecciones de naturaleza orgánica han servido como excusa ante nuestra impotencia frente estos casos, de niños llamados “anormales.”



La autora propone considerar los problemas que implica el tratamiento de estos niños, que tienen una deficiencia que puede comprobarse orgánicamente, como de aquellos niños débiles mentales sin accidentes o lesiones neurológicas comprobables. Pone en primer plano lo que este niño significa para la madre **como reacción fantasmática de la madre**.

¹¹ Mannoni, Maud (1992) *El Niño Retardado y su Madre*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

La distinción entre verdadera o falsa enfermedad mental fue perdiendo consistencia, siendo inducida en el trabajo con débiles mentales a tomar otra dirección, buscando el sentido que puede tener el débil mental para su familia, en especial **para la madre**; a comprender que el niño le asigna el mismo sentido a la debilidad mental que le dan sus padres.

En la mayoría de los casos la etiología es incierta, y uno debe contentarse con una **hipótesis** ya que sólo un pequeño número de casos de retraso mental tienen una causa conocida, susceptible de ser tratada directamente.



El **diagnóstico**, entonces, es una **hipótesis** desde donde se parte para pensar qué dispositivo será implementado. Su valor es orientativo de las primeras estrategias de abordaje, pero no debería ser definitivo, ya que sería rotular al paciente y cristalizar sus posibilidades de crecimiento.

En casos así resulta prudente no plantear el establecimiento del diagnóstico como aquello que habría que establecer obligatoriamente en una primera instancia de la intervención, nos proponemos poner en un primer plano:

- lo que sucede en el contexto familiar
- las características de la historia familiar de los padres
- la demanda singular con que llegan a la consulta.



Las posibilidades de **movilización de los miembros de una familia** y su capacidad para tolerar esa movilización pueden ser consideradas como una forma de diagnóstico, en tanto nos permiten evaluar con qué fuerzas vamos a tener que lidiar.

Porque esa capacidad (o su carencia), es muchas veces el condicionante esencial en la marcha por la interrupción de un tratamiento, tal como sucede en el caso de Juan, donde observamos ciertos **puntos del límite** al tratamiento determinados por **decisiones o imposiciones de la madre**, sobre quien decíamos que se situaba en el lugar de la conducción del tratamiento o más precisamente, boicoteándolo.

Si pensamos la debilidad mental desde la propuesta de **Mannoni** se buscará en cada sujeto el sentido articulado al **lugar asignado al niño desde el fantasma de los padres** y cómo son afectados por la enfermedad en su narcisismo: la llegada de un niño no corresponde jamás a lo que se espera.

Puede ocurrir que sean las **fantasías de la madre** las que orienten al niño hacia su destino, aún en los casos en los que se hacen juego un **factor orgánico**, ese niño no tiene que enfrentar tan sólo una dificultad innata sino también la forma en que su madre utiliza ese defecto en un mundo fantasmático, que termina por ser común a ambos.



Juan no tenía ningún trastorno orgánico, sin embargo, es presentado por su madre como si su hijo efectivamente lo tuviera, ocupando en las **fantasías maternas** el lugar de la causa determinante de los trastornos de Juan, lo cual no fue suficientemente abordado en el transcurso de su tratamiento, ni tampoco sus consecuencias.

Los padres van de un médico a otro de una institución a otra, a psicólogos, psiquiatras y neurólogos, en busca de diagnósticos, que convaliden su accionar, quedándose habitualmente con aquel que **más se adapta esas fantasías sobre determinar el lugar en el que el niño situado en la cosmología familiar**. Es preciso revelar la trama oculta que lo condiciona a quedar fijo, alienado a ciertas condiciones significantes.

Según Kuras de Mauer y Resnizky¹²:

“Pensar la infancia presupone situarla tomando en cuenta los múltiples entrecruzamientos que la determinan. Ellos son:

- 1. el estado de indefensión del niño en etapas tempranas de la vida.*
- 2. La dependencia del amparo y sostén parental.*
- 3. Las condiciones del contexto sociocultural en el que el niño está alojado.*

El desamparo humano da a otro un lugar y una función primordial. Para pensar la estructuración subjetiva necesitamos del otro primordial. El semejante posee un carácter constitutivo de la vía psíquica, que es la vez fundacional y traumático. “Sobre el prójimo aprende el ser humano a discernir”, dijo Freud. En el comienzo de la vida, la función simbólica materna (anticipadora) es la que ejerce la actividad representacional.

Las discursividades propias de la infancia nos determinan para armar dispositivos clínicos acordes a sus recursos y lenguajes predominantes. La búsqueda de contacto físico, la gestualidad, la palabra, el juego, el dibujo, son sus modos de expresión y a la vez vía del procesamiento psíquico (...).

La inclusión del acompañamiento terapéutico (...) trata de generar nuevos modos de producción simbólica que posibiliten la fundación y recomposición de los aspectos fallidos del funcionamiento psíquico con el objeto de disminuir el sufrimiento e incrementar la potencialidad de pensar”.

En el **abordaje familiar** se va a tratar de ir más allá de un rótulo, ya que este rótulo ha sido muchas veces el punto de partida de una **angustia familiar**. En tanto el terapeuta no avance sobre

¹² Kuras de Mauer, S; Resnizky, S (2005) *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires, Letra Viva Editorial.

esa dificultad, podría ubicarse como **cómplice de una mentira en el terreno de los padres**, mentira que el sujeto respetaría de algún modo, permaneciendo en un universo cerrado.

A partir de la **intervención y del análisis el vínculo entre una madre y su hijo**, algo del orden de la **angustia** que es cristalizada por medio del rótulo de la discapacidad puede comenzar a movilizarse, dando espacio al niño para producir cambios.

Esos **rótulos, o diagnósticos cristalizados**, el trabajo que se haga sobre ellos o el que no se realice, van a determinar la eficacia de las intervenciones del AT, ya que, de acuerdo a cómo se trabaje sobre este diagnóstico, la estrategia dentro de la cual intervenga el AT tendrá una orientación distinta, variando incluso las consignas que se pondrán en juego.

En el caso de Juan, al no haber un terapeuta que intervenga dando lugar a un trabajo de elaboración sobre la modalidad del vínculo madre-hijo, se produce **una carencia** que acarrea también ciertos obstáculos para el trabajo del AT, que llevarán finalmente a la interrupción del tratamiento. Al quedar excluida la posibilidad de avanzar más en un trabajo **para contener, para orientar a la madre** a que pudiera elaborar lo que implicaban para ella los cambios que se iban produciendo en Juan, esa exclusión termina por resultarle insoportable, siendo ella finalmente (con la complicidad del psiquiatra de la obra social) la que va a determinar el cambio de institución de su hijo.

Veamos ejemplos de la resistencia materna con respecto a los cambios en el posicionamiento subjetivo de Juan:

- a. Ante la posibilidad de que viajara solo por primera vez la madre no le deja dinero para el pasaje, llegando una hora después del momento en que Juan habitualmente salía de su casa hacia la institución. Juan resuelve esta situación pidiendo dinero prestado al dueño de un comercio cercano.
- b. Luego de que a Juan se le descompusiera su reloj, el AT le propone ahorrar el dinero que la madre le daba para golosinas para comprar un reloj nuevo. Se inicia entonces un trabajo que incluía elegir modelos, comparar precios, etc. mientras tanto Juan ahorra ese dinero. Cuando ya le falta muy poco para comprar el reloj la madre le pide prestados sus ahorros. A los pocos días le devuelve el dinero con un solo billete, que excedía el que Juan le había prestado, desbaratando el proceso de implicación y apropiación promovido por el AT, perdiéndose de ese modo el objetivo del trabajo terapéutico. Juan termina comprando un reloj *“con el dinero que le dio la madre”*, y, además, le tuvo que llevar el vuelto.

A partir del **diagnóstico** con que un sujeto llega a la consulta, que tiende a inmovilizar, a cristalizar a un niño o adolescente en tanto queda identificado con un **rótulo** y significativo de un **déficit**, sólo se va a poder avanzar en la reversión de sus dificultades si se le da lugar a la expresión singular de su problemática subjetiva, entendida como producto de la **fantasmática familiar**.

Según **Anna Freud**¹³ se puede establecer un criterio de **seis categorías diagnósticas**:

1. A pesar de los trastornos manifiestos de la conducta diaria, el crecimiento de la personalidad del niño es esencialmente saludable y su padecimiento cae dentro de la amplia gama de las variaciones de lo normal.
2. Las formaciones patológicas existentes (síntomas) son de naturaleza transitoria y pueden clasificarse como productos secundarios de las tensiones del crecimiento.
3. Existen regresiones permanentes de los impulsos hacia puntos de fijación previamente establecidos que conducen a conflictos del tipo neurótico y dan lugar a las neurosis infantiles y a los trastornos del carácter.
4. Existen regresiones de los impulsos como en el caso anterior, más regresiones simultáneas del yo y superyó que conducen a trastornos de infantilismo, condiciones limítrofes, delincuencia o psicosis.
5. Existen deficiencias primarias de naturaleza orgánica o privaciones tempranas que distorsionan el desarrollo y la estructuración, y producen personalidades retardadas, defectuosas o atípicas.
6. Existen procesos destructivos de origen orgánico, tóxico o psíquico de origen desconocido que han interrumpido el crecimiento mental o están a punto de hacerlo.

El **perfil psicológico** y el **diagnóstico** pertinente deberán ser contextualizados en relación con un **entorno familiar determinado**, que facilita en mayor o menor grado la integración del niño.



La gravedad o no de que se trate, puede estar condicionada por la relación fantasmática del sujeto con la madre y con su propio cuerpo, y de la modalidad de inscripción del sujeto en su propia historia familiar.

El diagnóstico debe ser **complejo**, integrando:

- Todos los aspectos de la subjetividad del paciente.
- Teniendo en cuenta el entorno familiar.
- Considerando la historia familiar.
- Analizando el conjunto de significaciones o posiciones inconscientes que circulan entre los integrantes de la familia en relación no sólo del paciente, sino de la enfermedad misma.

¹³ Freud, A (1973) *Normalidad y Patología en la Niñez*. Buenos Aires, Editorial Paidós.



ACTIVIDAD OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 3:



Les recordamos que la participación en el foro en cuanto a las dudas, inquietudes o consultas que surjan durante su resolución forman parte del proceso de aprendizaje del estudiante, por lo que hacemos hincapié en la necesidad de compartir mediante el foro y en fomentar la interacción entre los compañeros y el docente.

Por tal motivo los invitamos a todos a debatir en el foro de debate de la materia los conceptos que hemos estudiado a lo largo de la unidad, ya que el debate participativo en el aula virtual genera la puesta en común de un saber y un conocimiento que se construye colectivamente.

Consigna:

1. Les proponemos ver la película “Despertares”, con Robert de Niro y Robin Williams. En base a la misma deberán consignar:
 - a. Diagnóstico de los internos.
 - b. Posibles hipótesis de trabajo del médico protagonista.
 - c. Estrategias que lleva adelante el protagonista para asistir a los internos (descriptivamente).
 - d. Equipo interdisciplinario: ¿quiénes lo componen y cuál es la concepción de enfermedad que detentan?
 - e. Relación existente entre el posicionamiento profesional del equipo interviniente y los cambios en la posición subjetiva de los pacientes.
2. La actividad obligatoria será subida al foro de actividades cuando el tutor docente lo indique.
3. Los archivos aceptados en el foro son: .doc; .docx; PDF y .odt.



GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 3:



Les recordamos que las actividades de autoevaluación son obligatorias. El docente tutor les indicará en qué momento deberán subirlas al foro. En cada caso encontrarán al final del cuadernillo un apartado con las respuestas a cada guía.

Sostenemos la importancia y la necesidad de la interacción por el foro para favorecer el intercambio y la construcción de conocimientos y el proceso de aprendizaje.

Consigna:

- A. A partir de la lectura del **caso Juan** les proponemos responder el siguiente cuestionario:
1. ¿Cuáles son los aportes que realiza el AT al tratamiento?
 2. ¿Cuáles son los componentes de la actitud y aptitud psicológica que pueden observar en el AT?
 3. ¿Cuáles son las características del encuadre que se dispone para el trabajo del acompañamiento?
 4. ¿Cómo está compuesto el equipo y cuáles son las funciones de sus integrantes?
 5. ¿Qué tipología familiar consideran que se acerca a la descripción de la familia de Juan?
 6. ¿Cuáles son los objetivos del proyecto de trabajo del AT?
 7. ¿Qué logros alcanza el paciente?
 8. ¿Cuál es el rol de la madre en el tratamiento y dónde se manifiestan sus resistencias inconscientes al tratamiento?
 9. ¿A qué se le llama cambio en la posición subjetiva del paciente?
 10. ¿Por qué consideran que se presentan resistencias en el paciente respecto de la evolución de las pautas de trabajo?
- B. La guía de autoevaluación será subida al foro de autoevaluaciones cuando el tutor docente lo indique.
- C. Los formatos aceptados en el foro son: .doc; .docx; PDF y . odt.

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 3.

- Pulice, Gabriel (2014) *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Cap. 3 “Acerca de la técnica: desarrollos en la clínica”. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.
- Kuras de Mauer, Susana; Resnizky, Silvia (2013) *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. Cap. 5 “Desvalimiento en la infancia”. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA DE LA UNIDAD 3:

- Mannoni, Maud (1992) *El Niño Retardado y su Madre*. Cap. 5 “La relación fantasmática del niño con su madre”. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Freud, A (1973) *Normalidad y Patología en la Niñez*. Cap. 3 “Evaluación de la normalidad en la niñez”. Buenos Aires, Editorial Paidós.

UNIDAD 4: EL AUTOCONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL.

FUNDAMENTACIÓN DE LA UNIDAD 4:

El acompañamiento terapéutico como función requiere que el profesional que el profesional que se desempeña como AT, tenga un conocimiento de sí mismo en continuo trabajo, replanteando con cada estrategia y cada paciente cómo se encuentra la contratransferencia, su distancia óptima operativa, sus herramientas para poder intervenir en el campo y, fundamentalmente, necesita de una evaluación acerca de los puntos ciegos del profesional.

El trabajo sobre la actitud psicológica permite el autoconocimiento del profesional, optimizando las técnicas, herramientas y estrategias de acción para el adecuado sostenimiento del paciente, lo que Winnicott teoriza a partir de la relación madre-niño como “holding”.

El AT es un posibilitador, un facilitador que crea condiciones para que el proceso terapéutico se desarrolle buscando el grado mayor de operatividad en sus intervenciones.

Carl Rogers desarrolló una teoría de la personalidad centrada en el yo, en la que ve al hombre como un ser racional, con el mejor conocimiento posible de sí mismo y de sus reacciones, proponiendo además el autoconocimiento como base de la personalidad y a cada individuo como ser individual y único.

Será a partir de cada singularidad que el AT construya el rol profesional en el mismo devenir de su actuación.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD 4:

- Determinar la necesidad de ejercitar el autoconocimiento desde las diferentes perspectivas acordes al rol profesional del AT.
- Reflexionar acerca de la importancia del conocimiento del sí mismo como parte de una estrategia de abordaje profesional.

4.1 EL FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE LA PERSONA.

La concepción antropológica de **Carl Rogers** apunta a la idea de **proceso** respecto del ser humano¹⁴: el hombre es visto como una **realidad existencial** que tiene una meta en sí misma: **devenir una persona**, es decir, ser simplemente ella misma.



Rogers nos habla del "**funcionamiento óptimo de la persona**" como una meta ideal. El ser humano, en su proceso personalizante, tiene como posible la toma de conciencia de su realidad visceral y sensorial, por la cual llega a estructurar su **unidad psicofísica totalizante u unidad orgánica**.

La persona se constituye a sí misma como **conciencia del contexto social** en el cual se inserta, también de sus necesidades fisiológicas primarias (alimento, satisfacción sexual) además de las específicas como el afecto, positivo y negativo, su desarrollo personal social e individual, su capacidad creativa.

La persona **es capaz de elegir y hacerse responsable de sí misma**, más allá de los condicionamientos que configuran su mundo concreto. Respecto de las condiciones de realización de la persona, las mismas serían:

1. que la emergencia del movimiento no provenga sólo de un área, sea lo racional o lo afectivo, sino de una totalidad orgánica en el sujeto.
2. que el mismo ha conseguido adquirir la libertad interior suficiente y necesaria, que le haga posible encauzar tal movimiento.

El movimiento observado del que nos habla Rogers indica que el individuo se dispone a vivir el proceso que **verdaderamente él es en profundidad**. Renuncia a "*ser el que no es, a ser una fachada. Es alguien cada vez más atento a lo que pasa en las profundidades de su ser fisiológico, emocional, encontrándose crecientemente inclinado a ser, siempre con mayor precisión y profundidad, aquello que es verdaderamente*".¹⁵

Las **características** del proceso indicado por **Rogers** son:

- 1) una creciente apertura a la experiencia orgánica.
- 2) una tendencia a vivir intensamente el momento actual.

De esta manera, el **funcionamiento de la persona** lo orientará hacia:

¹⁴ Rogers, Carl (1972) *El Proceso de Convertirse en Persona*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

¹⁵ Íbidem.

- a) una creciente confianza en la experiencia orgánica como criterio para discernir la conducta adecuada a cada situación.
- b) la persona psicológicamente libre irá en la dirección que la conduce a ser una persona funcionando más plenamente.
- c) la persona es más apta para vivir plenamente cada uno de sus sentimientos y cada una de sus reacciones.
- d) hace uso creciente de su equipo orgánico para sentir, tan exactamente como sea posible, su situación existencial desde el interior y el exterior.
- e) hace uso de toda la Información que su sistema nervioso puede proveerle, utilizándola con plena conciencia.
- f) es más capaz de permitir a su organismo total un funcionamiento libre con toda su complejidad eligiendo, entre una multitud de posibilidades, la conducta que en un momento dado será la más general y satisfactoria.
- g) es más apto para experimentar el conjunto de sus sentimientos, filtrando por sí mismo los testimonios provenientes de distintas fuentes.
- h) está completamente comprometido con el proceso de ser uno mismo.
- i) vive más completamente cada instante, advirtiendo que es la manera más sana de vivir en todo tiempo.

El "**funcionamiento**" al cual se refiere Rogers apunta a la construcción de un modelo teórico de la conducta humana en el cual existiría **un funcionamiento ideal** de la persona que opera como una meta u horizonte que orienta la evolución de quien intenta devenir persona lo más plenamente posible.

Dentro del funcionamiento al que alude Rogers encontramos además las **Actitudes Terapéuticas**:

1. ***La Congruencia.***
2. ***Aceptación Positiva Incondicional.***
3. ***Comprensión Empática.***

1. La congruencia.

La Congruencia por parte del AT, exige ser él mismo en el encuentro terapéutico con el paciente.

Rogers denominó a esta Actitud como "**estado de acuerdo interno**" o **autenticidad**.

La autenticidad, como la empatía, no se adoptan simplemente por un esfuerzo de voluntad.

Para que la asistencia del AT sea eficaz, el acompañante no puede contentarse con ponerse en el lugar del paciente, sino que es necesario que experimente los sentimientos que el paciente "manifiesta".

Por medio de la congruencia el AT dará la libertad y seguridad necesarias para asumir una **actitud no evaluativa del otro**; aun cuando su presencia resulte negativa a sus propios sentimientos, contraria a sus valores, a su visión del mundo y a sus conductas.



En la Congruencia subyace el sentido de integridad y unidad, un "**hombre íntegro**" (en nuestro caso, el AT) es aquel que se destaca por la **coherencia entre lo que piensa, siente, dice y hace**.

Por ejemplo:

No podemos trabajar con un paciente en la cesación tabáquica si fumamos delante de él. Tampoco podríamos trabajar con el paciente si consumimos drogas.

No se trata de dar el ejemplo, sino de brindar un **modelo de identificación** allí donde el paciente requiere del sostén necesario para producir un salto cualitativo en su proceso de aprendizaje.

2. La Aceptación Positiva Incondicional.



Entendemos por aceptación un cálido respeto hacia el paciente como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos.

La **Aceptación o Consideración Positiva Incondicional** consiste en estar abierto al otro sin ponerle condiciones de aceptabilidad.

Es una aceptación genuina del otro como se presenta, un interés verdadero por su persona y su aflicción, un amor auténtico que renuncia a juzgar, poseer o someter al otro.



La imposibilidad para asumir esta Actitud conlleva la necesidad de recurrir a la supervisión, o aún derivación a otro AT.

La aceptación se verá afectada cuando sobre nuestro esquema referencial para operar sobre el mundo externo se deslicen juicios de valores sobre el paciente o la familia o prejuicios acerca de su ideología, país de procedencia o religión.

3. La comprensión empática.

Nos hallamos aquí ante un concepto clave dentro del pensamiento Rogeriano. Tanto es así que podría decirse que el AT opera en el campo de la Empatía.

Estamos escribiendo la palabra comprensión, con "h", y no simplemente comprensión, veamos la diferencia entre ambos conceptos:

- *Comprensión*: se halla ligado a lo reflexivo, a lo racional.
- *Comprensión*: tiene en su uso una resonancia con el pensamiento existencial; apunta a lo abarcativo y totalizante de cierta realidad, particularmente de la realidad emocional.

La **Comprensión Empática** no interpreta los datos provistos por el sujeto, se esfuerza por aprenderlos tal cual son, tal como el sujeto los aprehende o los presenta, tal cual son vividos significativamente.

¿Empatía o simpatía?



Veamos la definición de **Carl Rogers** acerca de la **empatía**:



"El estado de **empatía**, o el hecho de ser empático, consiste en percibir el cuadro de referencia interno de otras personas con exactitud y con los componentes emocionales y las significaciones que le son anexas, como si uno fuera la otra persona, pero sin perder jamás la condición del "como si". Si la cualidad del "como si" se pierde, se tratará entonces de **identificación**."

Y por **identificación** entiende lo siguiente:



"Es la **negación de la empatía o identificación** de un proceso psicológico por el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un tributo del otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste."

En la **identificación** podemos sentir **simpatía** (caso que ocurre con los admiradores de actores de cine o televisión) pero se tratará de confusión, fusión o proyección con el otro, ordinariamente un desconocido en realidad.



Entonces...



La simpatía no es empatía.

Un AT empático puede sentir simpatía o antipatía por su paciente, pero se trata de otra cosa diferente a la empatía.

La **Comprensión Empática** es el conocimiento del otro recíprocamente. Ese otro es un objeto emocionalmente investido y en ese vínculo se juega mi capacidad de compartir, de participar, de su mundo afectivo. La percepción empática tiene una intención: poder con-sentir (sentir con), sin perder jamás la conciencia de las diferencias que nos hacen personas distintas.

4.2 EL TRABAJO PROFESIONAL SOBRE LOS PUNTOS CIEGOS.

En la unidad 3 estuvimos hablando acerca de la **Actitud y Aptitud Psicológica** en el acompañamiento. Retomando este tema:



La **actitud psicológica** tiene que ver con lo necesario para ejecutar el rol, pero no en el sentido teórico (esos elementos conceptuales que uno obviamente debe tener), sino con algo actitudinal. Son las condiciones que están ligadas a la conducta, a la personalidad, y que luego van a ir mezclándose con un estilo personal en función de la operación psicológica y del rol del AT.

Está ligada a la **empatía**, es ponerse en el lugar del otro. Y no es una cuestión reservada para un AT, sino que es algo deseable en cualquier ser humano.

En una profesión como la del Acompañamiento Terapéutico no basta con la adquisición de conceptos. También es necesaria **una conducta, una actitud**, para poder ejercer este rol. Además, el AT tiene que mirarse a sí mismo para comprender al otro.



El AT tiene una **vocación reparadora, curadora**, pero al mismo tiempo es **una persona herida**, ha tenido una cantidad de vicisitudes que le permiten reconocerse como una persona herida. Por eso después se puede llegar a entender las heridas del otro, a partir de la empatía.

Esa vocación reparadora y el poder mirarse a uno mismo forman parte de la praxis del AT, y ese posicionamiento subjetivo se entrama con el rol profesional, que exige que también se reconozca dentro de **sus limitaciones** como una persona herida. Si uno no vuelve la vista hacia sí mismo es imposible ponerse en los "zapatos" del otro.

Otro punto importante para que el AT trabaje desde su propio posicionamiento es el de la **tolerancia**. Cuando hablamos de tolerar no estamos diciendo que el AT tenga que "aguantar": tolerar y aguantar no son sinónimos. Por lo tanto, nos preguntamos:

¿Qué es lo que el AT deberá tolerar?

La diferencia, el conflicto.

De eso se trata la **actitud psicológica**. Cada persona tiene un grado diferente de tolerancia a los conflictos: cualquier disconformidad, desavenencia, desacuerdo, discusión, malentendido.

¿Y por qué es tan importante tolerar el conflicto y las diferencias?



Porque a partir del trabajo sobre sí mismo y de la actitud psicológica, el AT logrará **tolerar la frustración**. Hay conflicto y eso resulta frustrante.

Cuando el AT está **operando** también organiza rápidamente su mundo y el mundo exterior. Organizar significa poner en palabras. Sea con el encuadre y el esquema conceptual que uno tenga, el AT, consciente o inconscientemente, está organizando el mundo que se le presenta y eso lo tranquiliza.

Si por la historia personal del AT hay ciertos **conflictos que no se toleran**, aparecerán en forma inconsciente, algo que se va a deslizar en el interior, en el mundo interno del AT.

Por ejemplo: si en mi historia familiar mis padres se peleaban, se gritaban y amenazaban con separarse, ante un grupo familiar que tenga una modalidad comunicacional en base a los gritos, van a surgir sensaciones que uno no maneja, inconscientes **puntos ciegos**, a partir de los cuales el AT va a intervenir para evitar ese conflicto, para negarlo, para evadirlo, etc.

Es importante mirarse a sí mismo, pero no por centramiento (*"la persona importante acá soy yo"*) Recordemos la importancia de **des-centrarse**, de corrernos del centro del proceso, lugar que será ocupado por el paciente, con sus logros y sus obstáculos.

Hay un concepto sobre el cual podemos pensar el rol profesional: la **implicación**. Se refiere a una cuestión central en relación con lo que el AT tiene que analizar cuando trabaja con un paciente: **su propia limitación**.

El trabajo de un AT se relaciona con poder sostener esa situación, **mantener el encuadre**. Poder sustentar, afirmar, apoyar, que el paciente despliegue su proceso y su **cambio de posicionamiento subjetivo**, desde el lugar de la pasividad, hasta el lugar de **participante activo** del tratamiento.



Cuando hay una **intolerancia** el AT tiene un **punto ciego**.

En esos momentos cuando comenzamos a operar nos debemos preguntar: ¿qué estrategia, qué técnica de acción y qué tácticas serían lo ideal si uno sabe que está entrando en un sector de ceguera, cuando se le torna inmanejable una situación?

Entonces, ¿qué pasa?



Se desencadenan una cantidad de mecanismos donde uno en vez de observar la situación y tranquilizarse, empieza a **operar**, a ponerle nombres a las cosas, a **organizar esa realidad** de otra manera. Esto es muy común en los AT en el trabajo con pacientes y familias porque estamos ejerciendo **un rol asimétrico**. Uno no entiende una situación, no solamente en un sentido racional, sino emocional. No la entiende, no sabe cómo incluirse en la situación. Entonces empieza a **dirigir el acompañamiento**, en lugar de acompañar. Cuando uno menos sabe, más dirige y menos acompaña.

Cuando el paciente o la familia miran al AT, ven también un dirigente, un líder, sobre todo porque hay inseguridad o angustia; y esto es así porque **nos posicionamos en ese lugar** para trabajar. Por eso es tan importante trabajar esto de los **posicionamientos internos**. Esto es algo muy común y cuando uno está en algunos de estos lugares (Borda, por ejemplo), lo ve todos los días. Uno tiende a centrarse **en el lugar de lo normal**, de lo justo, y desde ahí ve a los otros, y comienza a organizar eso que está mirando, clasificando a los demás a partir de su propio mundo interno.

Veamos lo que nos cuenta respecto del **posicionamiento interno** del profesional **Román Mazzilli**¹⁶ en la revista Campo Grupal:

“Si usted va a frecuentar el ámbito psi, le conviene habituarse a calificar a los demás en términos psicopatológicos tomando como base la normalidad (o sea, uno mismo).”

¹⁶ Mazzilli, Román (1997) *Revista Campo Grupal*. Año 2 N°7. Edición virtual.

Debe hacerse en tono altanero y despectivo, o confidente y misterioso, según las circunstancias y los efectos que uno desea conseguir.

Todo aquel que sea más prudente que uno, es cómico.

Todo aquel que sea más prolijo que uno, es obsesivo.

Todo aquel que sea más responsable que uno, es culposo.

Todo aquel que sea más alegre que uno, es maníaco.

Todo aquel que sea más agradable que uno, es histérico.

Todo aquel que sea más hábil que uno, es psicópata.

Todo aquel que sea más calmo que uno, es depresivo.

Todo aquel que sea más espontáneo que uno, es perverso.

Todo aquel que sea menos convencional que uno, es psicótico.

Todo aquel que sea más valiente que uno, es suicida."

El tema de la **actitud psicológica** tiene que ver con:

- El trabajo con uno mismo.
- Reconocer nuestras propias heridas.
- Reconocer nuestras limitaciones.
- Reconocer nuestra herida narcisística y nuestra falta.

Hay que estar alerta, porque también hay otras cosas que se mezclan: cuestiones que uno quiere reparar de su propia historia y si no lo tenemos consciente empezamos a cometer errores graves cuando trabajamos con los pacientes.



Ponerse en el lugar del otro no es **confundirse con el otro**. Es poder **albergarlo**.

Dice **Román Mazzilli**:

"Si alguien está angustiado, lo peor que se me puede ocurrir es angustiarme yo también para estar con el otro. Sería un desastre, un pegote donde nadie ayuda a nadie. De lo que se trata la actitud psicológica, como una especie de definición (una definición quizás muy "pretenciosa"), es de lograr conductas estables de pensamiento, sentimiento y acción.

Cuando uno lee estas definiciones, elaboradas vaya uno a saber en qué época, uno las ve ahí en los libros, pero después se da cuenta que son muy difíciles de llevar a la práctica. Y esto lo digo con toda la intención, porque a veces uno cree que hay laboratorios, que hay lugares

"protegidos", que los grupos, o el psicólogo cuando trabaja en su consultorio, etc. Como que hay espacios donde estamos aislados de lo que es el contexto.

Pero yo me pregunto (cuando veo estas definiciones): ¿qué estabilidad se puede alcanzar en un contexto, por ejemplo, de tanta inestabilidad y desde hace tanto tiempo? Es decir, nos han obligado a vivir en esta inestabilidad. Tal vez para nosotros la estabilidad sea estar en esa cresta de la ola y surfear olas altas. No sé, algo así... Un tema central de esta estabilidad, a la que se refiere la definición, es la capacidad de contención de fenómenos, de ansiedades, contención de eso que ustedes habrán estudiado y que tiene que ver con lo que se deposita, con lo que se transfiere.

*Esta palabra (contención) a mí mucho no me gusta. Prefiero el término **albergar**. Es parecido a contener, pero en todo caso albergar es hablar de **una especie de anfitrión, momentáneo, operativo, por un tiempo, por un rato, de una situación, una ansiedad, una dificultad**. ¿Y por qué digo que no me gusta mucho la palabra contener, que quizás es la que más usamos en este ámbito?*

Yo digo: ¿qué es lo que hay que contener? También ahí vuelvo a ese análisis crítico de la propia implicación. Si estaremos conteniendo algo que por ahí hay que contener ahí afuera. ¿Contener porque no podemos albergar...?"

En la **actitud psicológica** hay que tener una **capacidad anfitriona, albergadora**. El AT tiene que estar analizando constantemente su **implicación**, el cómo está dentro de ese grupo familiar o dentro de la relación del acompañamiento. Hay un **rol diferenciado** con una tarea concreta que hacer y otras que el encuadre no habilita.

4.3 LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DEL PROFESIONAL.



Una definición de Inteligencia remite al origen del latín **intelligentia** como:

“la capacidad para escoger las mejores opciones en la búsqueda de una solución”.

A partir de aquí se establece que, según las habilidades que entran en juego, se pueden desplegar **distintos tipos de inteligencia**.

El Diccionario de la Real Academia Española dice: *Inteligencia: Del lat. **intelligentia**.*

1. Capacidad de entender o comprender.
2. Capacidad de resolver problemas.

3. Conocimiento, comprensión, acto de entender.
4. Sentido en que se puede tomar una proposición, un dicho o una expresión.
5. Habilidad, destreza y experiencia.
6. Trato y correspondencia secreta de dos o más personas o naciones entre sí.
7. Sustancia puramente espiritual.

Veamos ahora cómo se relaciona el concepto que estamos analizando con el de **INTELIGENCIA EMOCIONAL**, cuáles son sus características y aspectos más importantes en el desempeño del rol profesional del AT.



Inteligencia emocional: Capacidad de percibir y controlar los propios sentimientos y saber interpretar los de los demás.

Autores como **Martin Buber**, **Giusseppe Colombero**, **Rocamora** y **Carl Rogers** abordan esta temática de manera específica y adentrándose en la cuestión del “**conocimiento de sí mismo**” o el **autoconocimiento del Profesional**.

Veamos algunas de sus definiciones sobre el tema:

Martin Buber:

“El punto de Arquímedes a partir del cual puedo mover el mundo es la transformación de mí mismo (...) En cambio, si pongo dos puntos de apoyo, uno aquí en mi espíritu y otro allí, en el de mi semejante en conflicto conmigo, el único punto donde se me había abierto una expectativa se me escapa inmediatamente. Así enseñaba Rabbi Bunam: “Nuestros sabios dicen: Busca la paz en tu lugar”. No se puede buscar la paz en otro sitio más que en uno mismo, hasta que se encuentre.”

Colombrero:

“Lo primero que hay que hacer para adquirir un estilo correcto de relación es poner en tela la certeza de que el propio modo de estar con los demás y de comunicar con ellos sea perfecto; persuadirse, sin que esto signifique una catástrofe, de que en esta área del comportamiento siempre es posible mejorar”.

Rocamora:

- a) Nadie conoce y comprende a los demás si antes no se conoce a sí mismo.
- b) La valoración positiva de los otros pasa necesariamente por la autoestima.
- c) Nadie puede aceptar a los demás si no se acepta a sí mismo.

d) El amor a los demás empieza por el amor a sí mismo.

e) La madurez psíquica es punto de partida del orientador y punto de llegada del cliente (paciente)

Carl Rogers:

“Si puedo crear una relación de ayuda conmigo mismo –es decir, si puedo percibir mis propios sentimientos y aceptarlos-, probablemente lograré establecer una relación de ayuda con otra persona.

Ahora bien, aceptarme y mostrarme a la otra persona tal como soy es una de las tareas más arduas, que casi nunca puede lograrse por completo. Pero ha sido muy gratificante advertir que esta es mi tarea, puesto que me ha permitido descubrir los defectos existentes en las relaciones que se vuelven difíciles y reencaminarlas por una senda constructiva.

Ello significa que, si debo facilitar el desarrollo personal de los que se relacionan conmigo, yo también debo desarrollarme, y si bien esto es a menudo doloroso, también es enriquecedor”.

Goleman:

*“La máxima escrita por el templo de Delfos y que Sócrates hace suya “Conócete a ti mismo” constituye un aspecto fundamental de lo que se ha dado en llamar “**Inteligencia emocional**”.*

Entonces...



El AT hace **un trabajo sobre sí**, en la búsqueda de lo que lo habita, tanto a nivel emocional como en el ámbito de los **propios límites** para conocerlos y manejarlos; de esta forma se hace más competente en el acompañamiento.



Conocerse evita las **proyecciones** no controladas, los **mecanismos de defensa**, hacer de la propia fragilidad y de los propios límites recursos al servicio de una mayor comprensión, permite conocer las motivaciones que llevan a intervenir de una determinada manera en la ayuda.

Uno de los ámbitos donde resulta particularmente importante el **autoconocimiento** es el **mundo emocional**. Conocer los sentimientos que nos habitan cuando ejercemos el rol de AT constituye un paso para poder controlarlos, manejarlos y encauzarlos.



La **falta de consciencia de un sentimiento** hace que este actúe en una persona de manera incontrolable, manifestándose de manera salvaje, ciega, es decir, sin la participación o con una mínima participación de la inteligencia y de la voluntad.

La **madurez emocional** del AT es determinante en el desarrollo de su profesión.

Uno de los retos importantes de todo AT es realizar un **proceso de integración de las propias emociones**, ser capaces de dar nombre a las emociones que se experimentan y aceptarlas; integrarlas de manera que esta sean el resultado del equilibrio entre la energía que proviene de los sentimientos y la regulación emocional mediante los valores.

Es importante el **autoconocimiento** y la **introspección** en el profesional, ya que genera la posibilidad de trabajar de forma integrada la mente racional y la emocional como una totalidad, a partir de la cual podrá generar, disponer y ofrecer una atmósfera de **confianza y sostén** para el paciente.



El **autoconocimiento** es un proceso dinámico, progresivo, articulado con toda la experiencia de vida. Se relaciona con los avances y retrocesos, con las crisis y sus vicisitudes. Incluye el autocontrol, la disposición al cambio, la aceptación del desafío de introspección, aprender a detectar y vencer resistencias, fortaleza para soportar la organización y desorganización que esto produce. Pero los resultados valen la pena: crecimiento, madurez, idoneidad, operatividad, plasticidad para el ejercicio del rol. Desarrollaremos algo más sobre este tema en el punto siguiente.

En el tema “*Problemas del conocimiento de sí mismo*”, **G.M. Kinget**¹⁷ llega a la siguiente conclusión:

“Sin embargo, cualquiera que sea el conocimiento que un individuo tiene de sí mismo y el modo por el que lo adquiere, nos parece que necesariamente es incompleto y provisional. Pues el número, la naturaleza y la interacción de los factores que constituyen la psicodinámica y las condiciones externas que influyen en la expresión parecen incalculables. En tales condiciones, un conocimiento total y permanente de la personalidad es imposible. Pretender alcanzarlo es creer en su posibilidad, lo que es una ilusión atractiva, pero no deja de ser una ilusión.”

Una metáfora usada para explicar algunos aspectos del significado de la integración de la propia vulnerabilidad y de la propia finitud, es la **metáfora del sanador herido**: en el punto anterior hemos comentado que el AT tiene una vocación reparadora, curadora, pero al mismo tiempo es **una persona herida**.

¹⁷ Kinget, G.M. (1971) *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid Editorial Alfaguara.

La metáfora se basa en el presupuesto de que tanto en el AT como en el que sufre, conviven la experiencia del sufrimiento (herida) y el poder de la curación, en el sentido obviamente metafórico.

La imagen del **SANADOR HERIDO** se relaciona con el concepto de **INTELIGENCIA EMOCIONAL**, ya que pone en evidencia el trabajo personal sobre la subjetividad del AT.

Este trabajo interior implica:

- reconocer
- aceptar
- integrar en sí mismo los aspectos vulnerables de su experiencia.

Es hacer de la limitación y de lo “negativo” algo potencial a construir, que además permite desarrollar la **comprensión empática** y la humanización de la TAREA.

Según Bermejo¹⁸:

*“La **empatía terapéutica** es la actitud que regula el grado de implicación emocional con la persona del ayudado. A la vez que requiere un proceso de **identificación actitudinal**, requiere además la capacidad de regular la propia vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, las propias sombras y heridas que pueden despertar con ocasión del encuentro con la vulnerabilidad ajena.*

*Requiere también aprender a separarse, reestablecer la **distancia emocional necesaria** (junto con la proximidad) para no quemarse, para no identificarse emocionalmente y prevenir la fatiga por compasión y el síndrome de burned-out (...) al reflexionar sobre la necesidad de regular la capacidad empática no sólo en el sentido de potenciar la capacidad de comprensión, sino también en el sentido de limitar cierta experiencia de sobredosis **de implicación** cuando ésta puede ser perjudicial para el otro o para uno mismo; surge entonces el concepto de **ECPATÍA**.”*



Tenemos que hacer entonces una distinción a fin de comprender **la complejidad del proceso empático** que opera desde la función terapéutica del rol profesional:

¹⁸ Bermejo, J.C. (2012) *Empatía Terapéutica, la compasión del Sanador Herido*. España, Editorial Desclee de Brouwer.



La **ECPATÍA** es “sentir fuera”, sería el proceso mental de exclusión activa de los sentimientos inducido por otros. Es la acción mental compensatoria que nos protege de la inundación afectiva.

Mientras que la **EMPATÍA** comporta, metafóricamente hablando, ponerse en el lugar del otro, **ECPATÍA** comportaría ponerse en el propio lugar y bien es sabido que ambas son necesarias.

4.4 LA ASERTIVIDAD DEL PROFESIONAL.

La asertividad es la expresión de los derechos y sentimientos personales, por lo que casi todo el mundo puede ser asertivo en algunas situaciones y absolutamente ineficaz en otras.

Hemos comentado anteriormente que la comunicación en el ser humano es una necesidad, dado que es un ser sociable, el hacerse entender y entender con quienes se vincula es una función primordial que va desarrollando en el trascurso de su existencia.

En este aspecto sucede que no siempre esa comunicación da los resultados que esperamos. Esto puede ser la consecuencia de distintos factores, teniendo en cuenta que:

- Cada persona percibe la realidad de una forma particular.
- La forma de expresar lo que se quiere comunicar puede que no sea la más adecuada.
- La comunicación que se recibe puede que no sea correctamente comprendida.

Estos **obstáculos en la comunicación**, pueden llevar a las personas a dar distintas respuestas como, el aislamiento, la sumisión, el enojo, la agresión, etc.

Cuando hablamos de **una comunicación asertiva**, hablamos de una comunicación madura.

La madurez refiere a la **autenticidad**, el respeto por uno mismo y por los demás, la certeza y la forma en que estos aspectos se conjugan para expresar algo claramente y en forma apropiada a la situación y a quien recibe el mensaje.

De esta manera este tipo de comunicación permite crear **empatía en el vínculo**, por lo cual se incrementan las posibilidades del entendimiento y brinda mayor efectividad en la emisión y recepción de lo que se expresa.



Para que nuestra comunicación sea **asertiva** es necesario que la idea de aquello que deseamos o necesitamos expresar, sea en primera instancia clara para nosotros mismos, para luego poder emitirla claramente al otro. El objetivo es que el otro me comprenda en el mensaje.

La **autenticidad** está vinculada a nuestro verdadero deseo y sentir, no podemos expresar asertivamente aquello de lo cual aún tenemos nuestras propias dudas. En tal circunstancia lo favorable es plantear la duda.

El dar respuesta de este tipo nos exige también el compromiso que implica el expresar algo que sentimos, deseamos o pensamos y asumir la responsabilidad de lo que emitimos, tanto por nuestros aciertos como por nuestros errores.



retomando lo que comentamos en el punto anterior, vamos a comprender que **la asertividad** tiene su punto nodal: **“el autoconocimiento”**. Al conocernos en profundidad podemos expresar hábilmente lo que creemos, sentimos, pensamos, respetándonos a nosotros mismos, asumiendo nuestra su responsabilidad y respetando las diferencias de los otros.

La asertividad es una **estrategia de comunicación** que nos permite defender nuestros derechos y expresar nuestra opinión, gustos e intereses, de manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan.

Una **conducta asertiva** nos permite hablar de nosotros mismos, aceptar cumplidos, pedir ayuda, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y aprender a decir “no”.



la conducta asertiva se puede entrenar y así aumentar el número de situaciones en las que vamos a tener una respuesta asertiva y disminuir al máximo las respuestas que nos provoquen hostilidad.

El entrenamiento asertivo es eficaz en la ansiedad, depresión y resentimiento derivado de las relaciones interpersonales, especialmente si los síntomas han sido provocados por situaciones injustas. A medida que somos más asertivos nos encontraremos más cómodos en las relaciones con los otros y seremos capaces de dedicar tiempo para nosotros.

La asertividad es una **habilidad social** que se trabaja desde el interior de la persona.



la **asertividad**, entonces, se define como **la habilidad para ser claros, francos y directos**, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás, ni menospreciar la valía de los otros, sólo defendiendo sus derechos como persona.

Con un ejemplo será más fácil de ilustrar:

Un niño está jugando con sus juguetes en el parque, muy entretenido y sin fijarse en que hay más niños alrededor, de repente, uno de esos niños que pululaban sobre los juguetes del primero, se sienta a su lado y comienza a jugar con ellos. Sin mediar palabra, el niño que ha prestado los juguetes se levanta y deja al usurpador libre en el territorio que antes ocupaba él, esta conducta refleja pasividad, el extremo situado a la izquierda de la asertividad.

Ese mismo niño y ante la misma situación, toma un juguete y agrede al que ha intentado jugar con ellos. Se trata de agresividad, el extremo situado a la derecha de la asertividad.

Por último, la situación es la misma, y el niño decide compartir sus juguetes y en algún momento interactuar con el intruso, no se siente agredido ni desplazado, se siente bien y comparte. Esta es una conducta que refleja asertividad.



Las personas asertivas saben lo que quieren, están seguras de sí mismas, y en esa misma medida, tienen un **nivel alto de autoestima y autoconfianza**, establecen una comunicación clara y directa con los demás, son **proactivas** buscando continuamente sus objetivos propuestos, y aceptan las limitaciones que tanto los elementos como las personas en algún momento pueden interponerles.



ACTIVIDAD OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 4:



Les recordamos que la participación en el foro en cuanto a las dudas, inquietudes o consultas que surjan durante su resolución forman parte del proceso de aprendizaje del estudiante, por lo que hacemos hincapié en la necesidad de compartir mediante el foro y en fomentar la interacción entre los compañeros y el docente.

Por tal motivo los invitamos a todos a debatir en el foro de debate de la materia los conceptos que hemos estudiado a lo largo de la unidad, ya que el debate participativo en el aula virtual genera la puesta en común de un saber y un conocimiento que se construye colectivamente.

Consigna:

A. Les proponemos releer el siguiente párrafo de Bermejo:

*“La **empatía terapéutica** es la actitud que regula el grado de implicación emocional con la persona del ayudado. A la vez que requiere un proceso de **identificación actitudinal**, requiere además la capacidad de regular la propia vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, las propias sombras y heridas que pueden despertar con ocasión del encuentro con la vulnerabilidad ajena.*

*Requiere también aprender a separarse, reestablecer la **distancia emocional necesaria** (junto con la proximidad) para no quemarse, para no identificarse emocionalmente y prevenir la fatiga por compasión y el síndrome de burned-out (...) al reflexionar sobre la necesidad de regular la capacidad empática no sólo en el sentido de potenciar la capacidad de comprensión, sino también en el sentido de limitar cierta experiencia de sobredosis **de implicación** cuando ésta puede ser perjudicial para el otro o para uno mismo; surge entonces el concepto de **ECPATÍA**.”*

B. Desarrollo:

- Van a conformar equipos de hasta 4 integrantes por medio del foro. Cada equipo deberá tener un nombre elegido por los integrantes del equipo.
- Una vez que estén agrupados procederán a debatir los conceptos en el foro mientras realizan tal lectura en el espacio que les indicaremos con ese fin.
- Luego deberán relacionar con el texto de Bermejo los siguientes conceptos:

- ✓ Actitud psicológica.
 - ✓ Encuadre.
 - ✓ Rol profesional.
 - ✓ Implicación.
 - ✓ Distancia óptima operativa.
 - ✓ Puntos ciegos.
 - ✓ Autoconocimiento.
 - ✓ Tolerancia a la frustración.
 - ✓ Conflictos.
- El archivo será subido al foro en el momento en que el tutor lo indique, en formato .doc, .docx, o PDF con el nombre de los integrantes de cada grupo, con un mínimo de dos carillas y un máximo de cinco, letra arial o times roman número 11, interlineado simple.



GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 4:



Les recordamos que no es obligatorio subir al foro la guía de autoevaluación, sino que la realización de esta tiene como objetivo repensar los conocimientos adquiridos a lo largo de la unidad fomentando su aprendizaje y reafirmación. Si tienen alguna duda pueden comunicarse al foro general de la cursada, debatir con sus compañeros o realizar una consulta al tutor docente de la asignatura.

Consigna:

Les proponemos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿A qué se refiere Carl Rogers con el concepto de “funcionamiento óptimo de la persona”?
2. ¿Cuáles son las tres actitudes terapéuticas que describe Rogers?
3. ¿Por qué aludimos a la necesidad de trabajar sobre los puntos ciegos del profesional?
4. ¿Cómo se relaciona la actitud psicológica con la capacidad de albergar al paciente?
5. ¿Cuál es la importancia del autoconocimiento del profesional en la relación terapéutica?
6. ¿Qué es la madurez emocional?
7. ¿A qué se refiere la metáfora del sanador herido y por qué se la relaciona con la inteligencia emocional?
8. Definir empatía y ecpatía.
9. ¿Qué es la asertividad y cómo se relaciona con la comunicación?

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 4

- Mearns, Dave; Thorne, Brian (2009) *Counseling Centrado en la Persona en Acción*. Cap. 3 “El uso del sí mismo”; cap. 4 “Empatía”; cap. 5 “Consideración positiva incondicional”; cap. 6 “Congruencia”. Buenos Aires, Gran Aldea Editorial.
- Rogers, Carl (1972) *El Proceso de Convertirse en Persona*. Cap. 3 “El proceso de convertirse en persona”. Buenos Aires, Editorial Paidós.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA DE LA UNIDAD 4.

- Bermejo, J.C. (2012) *Empatía Terapéutica, la compasión del Sanador Herido*. Cap. 1 “El concepto de empatía”. España, Editorial Desclee de Brouwer.
- Goleman, D. *Inteligencia emocional* (1997). Cap. 2 “Conócete a ti mismo”. Barcelona, Editorial Kairós.
- Kinget, G.M. (1971) *Psicoterapia y relaciones humanas*. Cap. 3 “Problemas del conocimiento de sí mismo”. Madrid, Editorial Alfaguara.
- Mazzilli, Román (1997) *Revista Campo Grupal*. Año 2 N° 7. Edición virtual.

PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE SEGUNDA ETAPA: **desarrollo de las prácticas en contextos simulados.**

Práctica Profesionalizante.

La misma es individual y de carácter obligatorio.

Está orientada a la construcción de conocimientos y a favorecer la internalización de los conceptos a través del análisis crítico de los casos propuestos.

Segunda etapa: Desarrollo de las prácticas en contextos simulados			
- Presentar casos reales sobre Acompañamiento Terapéutico, través de la proyección de un video o rol playing. - Seleccionar un caso por grupo de estudiantes para realizar el estudio sobre el rol del A.T. - Analizar el caso, movilizandolos conocimientos sobre el acompañamiento terapéutico. - Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre el caso seleccionado y las diferentes situaciones que surgen en el acompañamiento terapéutico, utilizando la técnica seleccionada (proyección de video o rol playing).. - Seleccionar y reflexionar sobre las estrategias de acompañamiento terapéutico que se puedan implementar. - Identificar y desarrollar una estrategia de acompañamiento terapéutico acorde con el caso. - Elaborar un informe sobre el caso y la propuesta de acompañamiento terapéutico acorde al mismo.	Estudio de casos Rol Playing Observaciones en contextos simulados Análisis de situaciones Selección estrategias de acompañamiento terapéutico	Sede del instituto	25 horas <i>Prácticas profesionalizantes</i>

- Confeccionar los registros anecdóticos y vivenciales de las observaciones realizadas. - Analizar e interpretar la información relevada. - Organizar el portafolio			
- Primera tutoría obligatoria presencial - Elaboración de una guía de observación sobre el rol del A.T., atendiendo a los siguientes aspectos: · El contacto · La comunicación · El vínculo. · La relación de ayuda. · Las actitudes básicas requeridas. · Las competencias y habilidades del rol.	Abordaje de problemas de la práctica	Instituto	3 horas <i>Tutorías</i>
- Primera instancia de evaluación parcial a distancia: Informe de las practicas sobre estudio de caso	Trabajo independiente	Espacios propios del estudiante	3 horas <i>Evaluación</i>

CONSIGNAS:

1. *Presentar casos reales sobre Acompañamiento Terapéutico, través de la proyección de un video o rol playing:*

En este punto vamos a presentar dos casos clínicos de acompañamiento terapéutico: caso Ernestina y caso Hernán. Luego de su lectura les vamos a proponer que conformen equipos de hasta tres integrantes y procedan a redactar un diálogo imaginario que se sostenga en el caso elegido. Cada uno de los integrantes del equipo tendrá adjudicado un rol en la escena que presenten. El caso deberá estar redactado a modo de guión teatral.

2. *Seleccionar un caso por grupo de estudiantes para realizar el estudio sobre el rol del A.T:* los equipos podrán seleccionar el caso que deseen guionar.

Caso Ernestina:

Edad: 21 años.

Informe del AT: la paciente ha tenido en el transcurso del mes varios episodios trasgresores de ubicarse en situaciones de riesgo, en los cuales no aparece una clara demanda hacia la familia o hacia los profesionales que la atienden, más bien aparece una resistencia sostenida hacia el tratamiento en general.

Presenta síntomas maniacos, aunque accede a poner en palabras su angustia para que no se convierta en un Acting nuevamente.

Presenta un estado de ánimo general de mayor estabilidad emocional, ha disminuido su culpabilización hacia sí misma, y ha comenzado a culpar a su familia y a los profesionales. En meses anteriores ha presentado un estado de ánimo depresivo, culpabilización hacia sí misma y cierta ideación suicida sin un claro planeamiento de la misma.

Ha tenido hechos aislados de agresión hacia sí misma (episodios maniacos) y ha disminuido su cuadro sintomático de anorexia y bulimia, con disminución de los vómitos.

Se han presentado hechos de consumo de sustancias ilegales como marihuana y hechos de descuido en las relaciones sexuales a partir de su relación sentimental con un joven.

Durante este período se trabajó sobre los intereses de la paciente, vinculados a estudiar en la Facultad y también en relación a su cuidado con respecto a su salud y personal.

La mayor inestabilidad aparece con las relaciones sentimentales que establece, que llevan a una situación de vaivenes emocionales y manifiesta desbordes emocionales ante dificultades en la relación.

La relación con su familia presenta una actitud querellante y con cierta ambivalencia, con conflictos con los padres en los que luego se culpabiliza por los cuestionamientos que les ha realizado. El ambiente familiar sigue siendo para la paciente de una total falta de contención, se pasa de la sobreexigencia a la indiferencia, aunque ha disminuido notoriamente la demanda hacia el equipo terapéutico.

Caso Hernán.

Edad: 31 años.

Informe del AT: el paciente se encuentra realizando un tratamiento debido al consumo compulsivo de sustancias psicoactivas bajo la modalidad de internación domiciliaria. Este tratamiento es indicación de su psiquiatra luego de haber hecho abandono de la comunidad terapéutica en la que se encontraba internado y recaer en el consumo (cuatro días seguidos de consumo de pasta base).

Hace aproximadamente 10 años que se encuentra en tratamiento, alternando internaciones con abandono de tratamientos y recaídas. Su familia es de la provincia de Buenos Aires. Hace algunos años su hermano gemelo viaja a la capital por trabajo, donde finalmente se establece. Hace dos años el paciente y su madre también se mudan a capital, a casa de su hermano, donde viven los tres juntos. Actualmente conviven los tres en un departamento de 3 ambientes, donde el paciente y su hermano comparten habitación. Su madre enviudó cuando los gemelos tenían 4 años, tiene una hija de 50 años de un matrimonio anterior del cual también quedó viuda durante los primeros años de su hija.

El paciente se muestra hiperactivo y sin registro de situación, aunque está bien dispuesto al vínculo con el AT.

Lo acompaño a ver a su psiquiatra. La misma propone un tratamiento bajo la modalidad de internación domiciliaria con prescripción de terapia individual y familiar (ambas a cargo de los profesionales del equipo). Plantea que la función del acompañante debe estar ligada a la modificación de hábitos y conductas.

El paciente es tranquilo y a las dos semanas de tratamiento se muestra abúlico. Permanece todo el día sentado en el comedor escuchando música, tomando mate y fumando tres atados de cigarrillos por día. Espera con ansiedad la llegada de su hermano. El único entretenimiento es el juego de dados o cartas. Son constantes los chistes de connotación sexual y la relación de muecas y frases que, según la madre, son copiadas de su hermano.

Parece tener poco registro de los modos de comportarse acorde a la situación, en el consultorio de la psiquiatra se comporta como si fuera su amigo).

La internación se le presenta más como una fatalidad que como algo sobre lo que él haya tenido alguna decisión. Refiere ganas recurrentes de abandonar el tratamiento y de volver a consumir.

El fútbol y el rock parecen prestarle un sostén identificadorio, fue barra brava durante siete años.

Sufría desmayos y convulsiones que no tenían un correlato orgánico cuando se le ponía un límite. No ha tenido estas manifestaciones en el último tiempo.

La próxima semana comienza terapia individual y familiar. La idea es que comience a realizar alguna actividad física en los días en que el AT va a su casa, sumando alguna actividad que pueda realizar en su domicilio los días en los que el AT no concurre.

3. *Analizar el caso, movilizando los conocimientos sobre el acompañamiento terapéutico:* en base a los contenidos teóricos adquiridos más los conocimientos aportados por la bibliografía de lectura obligatoria van a realizar un análisis de no más de tres carillas. Este análisis será subido

al foro de debate para que puedan leer el análisis de los otros equipos y debatir acerca del rol del AT en el momento en que el tutor docente lo indique, un solo archivo por equipo. En el archivo deberán consignar: caso seleccionado, guion teatral propuesto, análisis teórico del caso elegido.

4. *Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre el caso seleccionado y las diferentes situaciones que surgen en el acompañamiento terapéutico:* los invitamos a recuperar los contenidos de la materia Metodología de la Investigación para repasar los conceptos referidos a la observación como técnica de investigación social. En la institución van a presentar el caso que han analizado y para el cual han pensado un guion de diálogo. Cada equipo va a representar su caso con la técnica del role playing: el resto de los equipos van a tomar una crónica de observación del caso que se está representando. Las observaciones serán entregadas en una hoja con nombre del estudiante, la actividad de toma de registro es individual y obligatoria. Adjuntamos un ejemplo de crónica de observación:

Ejemplo de observación del barrio.

Fecha: Lunes 24 de marzo de 2018.

Hora: 18.40.

Tiempo de observación: 40 minutos.

Institución: CENARESO.

Dirección: Combate de los Pozos 2133, CABA.

Observador: Claudio López.

Siendo las 18.40 llego a la institución, en el lugar se encuentra un grupo de cinco hombres jóvenes que conversan sentados en las escalinatas de acceso, puedo escuchar que hablan sobre las actividades que van a realizar en la institución el día de mañana.

El edificio está ubicado en una zona donde hay seis paradas de colectivo y tiene gran cantidad de tránsito peatón. En la esquina se encuentra otra institución, llegando a la avenida Caseros, llamada ALUBA, cuyos jardines son compartidos internamente con el hospital de gastroenterología UDAONDO que está a mitad de cuadra sobre Caseros. La zona donde se emplaza el CENARESO es conocida como “Zona de Hospitales” por la cantidad de centros de salud que se encuentran en el área.



Se ingresa en el edificio por una escalera y se llega a la puerta principal, de color gris blanquecino, a los costados hay dos puertas más que son más pequeñas que la primera. Hacia el costado izquierdo se encuentra la rampa para ambulancias y el ingreso de emergencias, señalizado con cartelería horizontal y cordón amarillo. Es un edificio antiguo blanco con arcadas a la entrada y una farola a cada costado sobre la vereda.

Hay dos vehículos particulares estacionados en el sector de ambulancias.

Un grupo de seis personas ingresan a la institución comentando acerca de los cursos de adicciones que se van a llevar a cabo la próxima semana. Entre estas personas se encuentran cuatro hombres y dos mujeres quienes ingresan por la puerta principal.

En la cuadra del hospital hay varios cuidacoches que se sientan en las escalinatas del lugar.

Fin de la observación.

Ejemplo de observación de la institución.

viernes 28 de marzo de 2018.

Hora: 11.00.

Tiempo de observación: 50 minutos.

Institución: CENARESO.

Dirección: Combate de los Pozos 2133, CABA.

Observador: Claudio López.

A las 11:00 horas llego a la institución para proceder con la primera observación silente. Me encuentro en un recinto iluminado naturalmente, hay grupos de profesionales con delantal blanco hablando entre ellos. Comienza a llegar público que consulta acerca de los horarios de los cursos y de atención de los profesionales.

El lugar cuenta con sillas de plástico para el público, un mostrador donde se encuentra una recepcionista con un cartel que dice “informes”. Luego se ingresa en un hall blanco muy iluminado con sillas que se encuentran ocupadas en su totalidad, hay gente de pie. Desde un altavoz llaman por nombre y apellido y se van levantando para pasar al sector de atención.

Las arcadas y columnas del lugar están empapeladas con información sobre cursos, drogas, atención y horarios. Hay algunos anuncios gremiales. El lugar está limpio, ordenado.

Cruzando el hall se llega a una de las aulas donde se dictan cursos, en ella se encuentran algunos profesionales de guardapolvo blanco que me indican por dónde salir a los jardines.

En el jardín veo varias personas que deambulan, conversan o están sentados en el pasto o en las sillas tipo plaza. Sigo caminando hasta el sector donde los grupos realizan las actividades de hospital de día.

Me encuentro con un grupo que está sentado en círculo en el pasto, son diez personas, entre ellas cuatro mujeres y seis hombres, junto al Operador Socioterapéutico en Adicciones. Hablan acerca de lo que ha pasado el día anterior con una de las integrantes cuando llega a su casa luego del hospital, la escuchan en silencio. Algunos asienten.

Hacia la derecha se encuentra otro grupo, de aproximadamente ocho personas, todos hombres, que trabajan con cartulinas y lápices de colores, un profesional de guardapolvo blanco coordina la actividad.

Vuelvo hacia el hall de entrada, hay menos cantidad de gente en el lugar y algunas sillas vacías.

Fin de la observación.

5. *Seleccionar y reflexionar sobre las estrategias de acompañamiento terapéutico que se puedan implementar:* les proponemos que luego del role playing compartan un debate abierto en el cual reflexionen acerca de las estrategias de acompañamiento que podrían realizarse en cada uno de los casos. Proponemos que se realice una lluvia de ideas y un cuadro conceptual en la pizarra para cada uno de los casos.
6. *Desarrollar una estrategia de acompañamiento terapéutico acorde con el caso:* de común acuerdo se van a reunir los equipos que han seleccionado el mismo caso y van a proceder a la redacción de plan de trabajo que incluya las estrategias de intervención que consideren necesarias para el caso elegido.
7. *Elaborar un informe sobre el caso y la propuesta para el acompañamiento terapéutico acorde al mismo:* será un informe por cada caso.
8. *Confeccionar los registros anecdóticos y vivenciales de las observaciones realizadas:* esta actividad es individual, cada estudiante deberá confeccionar su registro en base a las dos

observaciones que ha realizado den la institución elegida en la primera parte de la práctica profesional. A continuación, les acercamos un modelo de registro que pueden utilizar. Lo que cada uno registre dependerá de su experiencia en el campo, tanto en las dos observaciones como en la entrevista que realizaron en la primera parte de la práctica profesionalizante.

Registro anecdótico: recrea una situación observada por el estudiante/profesional.

EJEMPLO DE REGISTRO ANECDÓTICO		
Lugar Institucional _____	AT/PROFESIONAL	observado _____
Fecha _____	Sitio _____	Observador
INCIDENTE		
En la entrevista realizada en la institución al profesional/AT observamos que el AT trabaja en equipo y ejerce la función de contener a los pacientes, desde la escucha empática, la distancia óptima operativa y el autocontrol del profesional. Asimismo, interviene con una modalidad no directiva y reflexiva, acompañando al paciente en la concreción de sus logros.		
INTERPRETACIÓN		
En este caso se pudo observar la importancia del silencio empático puesto al servicio del Paciente y la capacidad de sostén del AT/profesional.		

Recomendaciones para el registro anecdótico

- Anotar el nombre de la persona que observa
- Fecha y hora de la observación
- Limitarse a una sola anécdota o hecho específico
- Ser breve pero con suficiente detalle para comprender el significado

Registro vivencial: busca ampliar y profundizar el aprendizaje a través de la retroalimentación entre la teoría y la práctica para que se pueda re-pensar y reflexionar sobre su conducta, reactualiza una situación real vivida a los fines de aprehender. Está orientado a lograr un cambio

de conducta a través de la toma de conciencia y darse cuenta de las vivencias propias que permitan lograr un aprendizaje en relación al rol.

Incluye:

- Sentimientos.
- Recuerdos.
- Resonancias.
- Emociones.
- Vivencias.
- Pensar asociado al sentir.
- El impacto de las vivencias en la construcción del rol profesional.

	sentimientos	Recuerdos	resonancias	emociones	vivencias
Observación 1					
Observación 2					
Entrevista					

9. *Analizar e interpretar la información relevada:* les proponemos como actividad individual analizar la información que han recolectado en ambos informes. Van a realizar un análisis con el título “registro del observador”.
10. *Organizar el portafolio:* todas las actividades que han desarrollado en la segunda parte de la práctica profesionalizante deberán estar contenidas en una carpeta con el nombre de cada estudiante. También deberán preparar un portafolio para subir al foro al finalizar la práctica en la institución. Deberán contener:
 - Las dos observaciones.
 - La entrevista.
 - Los análisis de casos.
 - Los análisis de las técnicas utilizadas por el AT.
 - El informe del caso.
 - El registro anecdótico.
 - El registro vivencial.

Primera tutoría obligatoria presencial en la sede de la Escuela.

Les recordamos que en esta etapa del trabajo vamos a contar con la primera tutoría presencial obligatoria. En este momento vamos a realizar una actividad de intercambio y reflexión sobre la

práctica realizada a lo largo del cuatrimestre, con una evaluación y autoevaluación del proceso del estudiante.

También recordamos que todo el material que han trabajado (redacción de informes, entrevistas, observaciones) integra su portafolio; este material formará parte de la primera instancia de evaluación parcial obligatoria a distancia con la confección del INFORME correspondiente.

Consigna:

Les proponemos la elaboración de una guía de observación sobre el rol del A.T. atendiendo a los siguientes aspectos:

- El contacto
- La comunicación
- El vínculo.
- La relación de ayuda.
- Las actitudes básicas requeridas.
- Las competencias y habilidades del rol.

La confección de la guía deberá contemplar la experiencia del estudiante en el campo respecto de las dos observaciones que ha realizado integrando todos los aspectos arriba mencionados. El trabajo es individual. Deberán confeccionar la guía en papel, con un máximo de cinco carillas y un mínimo de dos, articulando la experiencia y la teoría.

Primera instancia de evaluación parcial a distancia: Informe de las prácticas sobre estudio de caso.

En esta primera instancia de evaluación a distancia les proponemos lo siguiente:

Realizar un informe de avance que dé cuenta de toda la actividad realizada por el estudiante utilizando el siguiente ejemplo:

INFORME DE AVANCE: ACTIVIDADES REALIZADAS				
ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE	CRONOGRAMA	APRENDIZAJE		OBSERVACIONES
	INICIO	LOGROS	OBSTÁCULOS	
Entrevista				
Preguntas de entrevista				
Observación 1				
Observación 2				
Análisis de casos				
Registro anecdótico				
Registro vivencial				

UNIDAD 5: LA OBSERVACIÓN. CONDICIONES DE LA OBSERVACIÓN, ATENCIÓN, PERCEPCIÓN, SENSACIÓN Y REFLEXIÓN DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS EN EL ÁMBITO DE LA AYUDA PROFESIONAL.

FUNDAMENTACIÓN DE LA UNIDAD 5:

Sabemos que la labor del At se inscribe dentro de una corriente de pensamiento que sitúa al sujeto como un ser biopsicosocial. Para poder abordar la problemática de cada sujeto, como algo único y singular, debemos tener en cuenta que hace falta cierta preparación, una actitud psicológica determinada y un marco teórico al cual adscribir, que servirá de brújula para orientarnos en las aguas que hemos de navegar junto al paciente.

El método científico que utilizamos dentro de las ciencias sociales corresponde a la metodología cualitativa. Sus enunciados teóricos van de lo más general a lo más específico, tomando en cuenta un tiempo histórico y social donde el sujeto de nuestra intervención será abordado, condicionado por la emergencia de diferentes situaciones que lo van a configurar desde su singularidad.

La observación es el método por excelencia de las ciencias sociales. Pero, a su vez, no se trata sólo de un método que forma parte de la metodología cualitativa: se trata, además, de una condición necesaria a desarrollar para poder operar sobre la realidad del sujeto.

Poniendo en juego un marco teórico que es propio del acompañamiento terapéutico, vamos a ejercitar el rol de observador, al mismo tiempo que nos posicionaremos como interventores u operadores de la salud mental.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD 5:

- Ejercitar la actitud psicológica en relación con la observación como técnica de abordaje de nuestra labor profesional.
- Determinar la importancia de la observación como parte de la tarea cotidiana del AT en relación con el proceso terapéutico del paciente.

5.1 LA OBSERVACIÓN.



La observación es, dentro de la metodología de **investigación cualitativa**, una herramienta o **técnica de trabajo** para el investigador social.

Cuando hablamos de observación como **método científico** por medio del cual captamos la realidad que nos rodea, no nos referimos únicamente a la captación visual, sino que se trata de la utilización de cualquiera de los sentidos.

La **observación científica** es la que se planifica y orienta hacia la búsqueda de datos, que serán determinados previamente.

La **planificación de la observación** será más acabada cuanto mayor sea el conocimiento que tengamos del hecho que queremos observar. Este mismo conocimiento es el que nos va a permitir organizar los resultados de la observación de acuerdo con algún criterio y a relacionarlos con las proposiciones más generales que son las que nos han orientado en la búsqueda de información.

La **implicación del observador** en el campo de observación varía. Puede participar activamente o reducir al máximo su intervención. Nuestra presencia como observadores, puede ser desconocida por el grupo observado o sólo conocida por algunos. Todo depende del tipo de estudio que estemos realizando y del rol más o menos participativo que asumamos en la situación observada.



La utilización de la observación como **técnica** exige del observador la suficiente discreción como para pasar inadvertido, especialmente en aquellas situaciones en que el observado, al percatarse de que es objeto de interés, puede modificar su comportamiento.

Como toda técnica de relevamiento de datos, la observación está sujeta a comprobaciones de **confiabilidad y objetividad**.

Uno de los recursos utilizados para que la **confiabilidad** esté asegurada es hacerla en forma grupal. En nuestro caso, podremos intercambiar opiniones con los otros AT que formen parte del equipo y con quienes vamos a mantener un intercambio fluido mediante el libro o cuaderno de bitácora.



Todas las observaciones que consideremos pertinentes deberán ser consignadas **sin hacer ningún tipo de interpretación ni contaminar la situación con un juicio de valores**. En nuestro caso intentaremos detallar lo necesario con la mayor cantidad de detalles posibles, sin agregar ni omitir a priori, lo que sería un recorte subjetivo del observador, del AT.

En nuestra profesión, los **instrumentos** que nos ayudan a sistematizar la observación son:

- Guías
- Escalas
- Listados
- Mapas
- Gráficos.
- El papel y el lápiz para el registro y el dibujo son los más tradicionales e insustituibles.

El **registro de los datos** es lo que hace posible la verificación de los hechos por otro observador. En este caso podríamos pensar en el registro que realiza el AT para luego llevarlo a supervisión.

Cuando el registro no lo podemos hacer en forma inmediata, para evitar el olvido o distorsiones de la memoria, lo recomendable es anotar palabras clave o símbolos que faciliten la reconstrucción de los hechos.



No se puede ni se debe confiar en la memoria. Siempre hay un **sesgo** en la memoria de cada observador.

Como hemos dicho anteriormente, el registro de lo observado debe **respetar la realidad**, a esto se lo denomina condición de **objetividad pretendida**.



¿Por qué decimos que la **objetividad** en el observador o, en este caso en el AT, es **pretendida**?



Porque trabajamos con seres humanos, estamos conscientes que existen procesos transferenciales y contratransferenciales que nos afectan, por lo que no podemos decir que nuestra observación será aséptica. Siempre hay algo del observador, algo de su **subjetividad**, que se transfiere a las observaciones. No existe la **objetividad absoluta** en las ciencias sociales, sino que la objetividad es una **pretensión a la que el AT aspira**.

En el **registro** no podemos utilizar:

- Términos ambiguos, que den paso a alguna confusión.
- Adjetivos calificativos como grande o pequeño.
- Adverbios de cantidad como mucho, poco o bastante.

Estos términos deben ser reemplazados por magnitudes que, aunque aproximadas, siempre darán una idea más precisa de lo observado.

Por ejemplo: *“el paciente cenó mucho esta noche”* ... ¿qué es poco y qué es mucho? ¿Quién define la cantidad? En su lugar deberíamos consignar *“el paciente cenó dos churrascos y dos platos de puré esta noche”*. Cuando supervisemos estaremos dando un indicio real de lo observado, y no una **interpretación subjetiva** de lo que ha comido el paciente.

La anotación del **momento, lugar y fecha** en que ocurren los hechos observados son elementos que nos ayudan a la interpretación de su significado. Para evitar que se confundan los hechos con su interpretación el AT debe tener un entrenamiento adecuado.

Todos los seres humanos necesitamos saber **qué hemos de mirar y cómo registrarlo**. Se puede sostener que esta adhesión a un esquema particular de observación terminará por condicionar lo que vemos y nos imposibilitará la percepción de conductas que no figuran en nuestra lista.

Todos somos observadores. El proceso de observación puede ser más crítico para ciertas actividades profesionales y de ocio que para el desarrollo de otras, pero todos nos vemos involucrados en dicho proceso, cada uno, desde un rol particular y diferenciado, como es el caso del AT.

LA OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA.

La observación puede ser poco estructurada, sin un plan previo, en casos que estemos realizando un trabajo exploratorio, como una investigación.

En realidad, la observación no es tan espontánea ni tan casual, si bien puede realizarse sin pautas rígidas ni categorías previamente establecidas, siempre obedece a un **objetivo**, responde a una **sistematización** y es **controlada** para garantizar la **objetividad y la fiabilidad** de la información recolectada.



Podríamos decir que la **no-estructuración** está en la libertad que tiene el AT de decidir lo relevante, pero no en los lineamientos generales de la técnica.

Este tipo de observación es muy común en la investigación social porque ese contacto permanente de parte del investigador con la realidad social le permite el planteamiento de **problemas** y la formulación de **hipótesis**.

Siempre que se trate de diseños descriptivos o explicativos la observación será estructurada.



La **observación estructurada** es aquella que requiere el establecimiento claro y preciso de cuáles serán los aspectos relevantes que orientarán al observador. Pueden efectuarse en un ambiente natural en situaciones que se producen espontáneamente o en experimentos controlados, dentro del marco de un laboratorio.



Requiere del establecimiento previo de **categorías de análisis**, sobre las bases de las cuales se construyen las guías de observación. En estos casos el investigador conoce previamente cuáles aspectos de los hechos que observa debe registrar.

OBSERVACIÓN SILENTE

Es la técnica en la cual nos posicionamos como observadores en el campo sin poner la palabra. esta técnica se utiliza para la observación de grupos de forma sistematizada. El observador, si bien no participa con la palabra, lo hace desde su presencia y así modifica el campo observado.

La modalidad de toma de registro es la crónica de observación. En ella se registrará lo que se observa y escucha de la forma más textual posible, evitando las inferencias.

Es un registro descriptivo y sobre el que no se hacen interpretaciones a priori. La información será analizada posteriormente.

La presencia del observador suele generar resonancias y fantasías persecutorias en el grupo observado, ya que no pone la palabra y escribe lo que acontece en el campo. Por esta razón es aconsejable su presentación previa por parte del coordinador del grupo enunciando el encuadre de trabajo en que va a desarrollar sus prácticas.

Sus herramientas de trabajo son el cuaderno de crónicas y lapicera. No se utilizan grabadores, porque resulta más persecutorio aún.

LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

En la observación que hemos descripto hasta este momento, el observador permanece ajeno al hecho observado.

En la observación participante la **implicación del observador** con el fenómeno que estudia es diferente.



La **observación participante** es aquella en la que el observador está incluido en el campo de observación y **participa activamente** de él.

Con esta técnica se obtienen datos de forma directa y se agrega un **componente afectivo** que enriquece la observación, pues en situaciones específicas, se puede vivenciar lo observado.

La observación participante puede ser:

1. *Natural*: cuando el observador pertenece al medio que observa y actúa en el mismo, como un miembro más, a la vez que realiza la observación.
2. *Artificial*: cuando el observador es ajeno a la situación observada, pero asume un rol y actúa en ella como un integrante más.

En ambos casos, las limitantes de la técnica se conservan y la única diferencia es la pertenencia al grupo.

Para que la observación participante sea real, el observador debe ser considerado por los integrantes del grupo que observa como un miembro más de la comunidad: debe asumir y desempeñar algún rol vigente en la organización social.

Todo grupo social atribuye a cada rol un conjunto de actividades y actitudes que lo conforman. Esta configuración del rol es la que genera en el grupo expectativas que coadyuvan, refuerzan y legitiman su ejercicio.



La búsqueda del **rol adecuado** es clave para la aplicación de esta técnica. El rol elegido no debe entrar en contradicción con las características de los roles del grupo de estudio, como, por ejemplo, posición de clase, sexo, edad u otras.

A medida que el observador se va integrando al rol participante va reduciendo su capacidad de observador debido a que va incorporando pautas de comportamiento del grupo observado que pueden llegar a ser imperceptibles para él.



Podemos trasladar esta situación al acompañamiento en el ámbito familiar, donde el AT debe trabajar la **distancia óptima** para poder operar. Cuando hablamos de **distancia óptima** decimos que el AT deberá ubicarse ni muy cerca de su objeto de intervención ni muy lejos.

Tenemos una metáfora para graficarlo:

Si el AT se para demasiado cerca del árbol perderá de vista el bosque. Si, por el contrario, se posiciona demasiado lejos del árbol, verá el bosque, pero perderá de vista la singularidad del árbol.

La **distancia óptima operativa** debe ser ejercitada continuamente. Esta se manifiesta en el nivel emocional del AT, ya que le será difícil no reaccionar afectivamente en determinadas circunstancias. Cuando esto ocurre, las experiencias recogidas se convierten en vivencias individuales que no soportan las pruebas de objetividad.



A mayor tiempo de duración del acompañamiento mayores son las posibilidades de que la distancia óptima operativa se vea afectada, reduciendo de esa manera la operatividad terapéutica. Por eso se establece una duración máxima deseable de dos años de acompañamiento por cada AT.

VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA OBSERVACIÓN.

Una de las **ventajas** del empleo de esta técnica es que el dato se obtiene independientemente:

- Del deseo del sujeto de proporcionarlo.
- De la capacidad del informante para transmitirlo.
- De la veracidad con que se transmite.

Con la observación se **evita la intervención de intermediarios** que pueden producir distorsiones. Además, permite una captación global del hecho sin destruir sus interrelaciones, como ocurre con los fenómenos grupales, como ceremonias, fiestas, mercados.

Mediante la observación se puede **rescatar información** que, a veces, los informantes podrían considerar poco significativa y se resisten a traducirla en palabras.

La observación se puede utilizar también:

- Como recurso para identificar y verificar la información recibida verbalmente.
- Para reunir datos complementarios del contexto donde ocurren los hechos.

- Para ampliar el significado de los datos que se revelan con otras técnicas.

La observación puede realizarse como técnica complementaria de otra, dirigida a reunir cierto tipo de datos. Muchas veces se la complementa con la entrevista, tanto hacia el paciente como la familiar.

Para utilizar esta técnica debemos plantearnos:

- Qué vamos a observar.
- Qué ocurre, cómo, con quién, qué interviene.
- Frecuencia y duración de los hechos: cuándo y cuánto duró.
- El comportamiento de los sujetos.
- Si es ordinario o excepcional.
- Cómo se resumirán las observaciones.
- Qué procedimientos se utilizarán para asegurar la exactitud de la información.

Como sabemos, toda técnica tiene **sus limitaciones**, y en este sentido la observación no puede emplearse cuando se trata de hechos cuya ocurrencia no se puede predecir, como son riñas, nacimientos, desastres, accidentes.

Tampoco se puede utilizar para obtener información sobre hechos ocurridos y conductas privadas, como ser actividad sexual, higiene personal, etc. Se aplica fundamentalmente para revelar hechos de carácter público y conductas manifiestas.

Tenemos que considerar otra limitación: la duración de los sucesos observados. Cuando los hechos son muy prolongados no es posible observar todo su curso.



La intervención de **la subjetividad del observador** es otro obstáculo difícil de sortear, como ya lo hemos comentado.

52 CONDICIONES DE LA OBSERVACIÓN.

Veremos ahora los pasos para realizar la observación:

- a. Determinar el objeto, situación, caso, etc. (qué conductas se van a observar)
- b. Determinar los objetivos de la observación (para qué se va a observar dependiendo de los objetivos terapéuticos del equipo)
- c. Determinar la forma con que se van a registrar los datos. (con un cuaderno de bitácora en nuestro caso)

- d. Observar cuidadosa y críticamente. (sin prejuizar ni emitir ningún juicio de valores)
- e. Registrar los datos observados. (fehacientemente, ordenados por fecha, lugar, hora)
- f. Analizar e interpretar los datos. (en el trabajo con la supervisión)
- g. Elaborar conclusiones. (en la supervisión)
- h. Elaborar el informe (organizacional si es para la institución donde se encuentra el paciente, o puede ser para el coordinador del equipo a modo informativo)

La observación en el rol del AT puede utilizar diversos recursos:

- Fichas
- Registros Anecdóticos
- Listas de chequeo de Datos.
- Escalas.

En otros dispositivos también se utilizan los siguientes recursos, que nosotros no vamos a poner en juego porque resultan muy persecutorios tanto para el paciente como para la familia:

- Grabaciones
- Fotografías

Veremos a continuación un cuadro que resume las **condiciones de la observación científica**, un conjunto de etapas por la cual transita de forma muy natural, casi involuntariamente.

Para que se lleve adelante la observación en cualquiera de sus modalidades debemos tener en cuenta los siguientes **factores psicológicos** que forman parte de las condiciones necesarias para ejercer el rol:

CONDICIONES DE LA OBSERVACIÓN		
ETAPAS	CONSTRUCTO	CARACTERÍSTICA
LA ATENCIÓN	Disposición o estado de alerta.	El observador escoge los estímulos que le interesan. El interés por el asunto ayuda a observar de manera más inquisitiva.

LA SENSACIÓN	Consecuencia inmediata del estímulo de un receptor orgánico.	Los órganos no son confiables para medir distancias, tamaños y velocidades; etc.
LA PERCEPCIÓN	Capacidad de relacionar lo que se siente respecto a una experiencia pasada.	Pueden ser simples o complejas e incluyen varios órganos de los sentidos.
LA REFLEXIÓN	Formulación de conjeturas, hipótesis, teorías; etc.	Supera las limitaciones de la percepción.

Trataremos este punto más adelante, en un apartado dedicado a desarrollar cada uno de los ítems.

Para pensar **las condiciones** en las que se lleva adelante la observación hemos mencionado la **distancia óptima operativa**, relacionada con la actitud psicológica del profesional.

Hay otras **condiciones subjetivas** necesarias para la observación que son inherentes al **desempeño del rol profesional**:

1. *Proximidad emocional*: el AT necesita formarse en una actitud de apertura perceptiva, dejando sus sentidos y su corazón abiertos a las resonancias de su paciente y de la familia. Esta proximidad no significa una frialdad a la hora de observar, sino resonar cálidamente con otro dejando que el paciente se dé cuenta que él se da cuenta lo que le está pasando. Es algo similar a vibrar empáticamente con el paciente.
2. *Distancia operativa*: parte de este punto es el de no brindar información al paciente acerca de nuestra vida personal: si tenemos hijos, si estamos casados, etc. este tipo de información llevada al paciente podría dificultar la transferencia, acotando la operatividad de sus intervenciones.
3. *Rigor científico*: la actitud del AT deberá sostenerse en la del rigor científico, manteniendo sus intervenciones y sus técnicas dentro de los límites de la ciencia. Parte de esta afirmación legitima el uso de los cinco sentidos, a partir de los cuales el AT recibe la información que será decodificada e interpretada.
4. *Autorregistro*: deberá estar abierto a todas las resonancias que se despiertan en él ante la situación en la que debe operar. Es importante e imprescindible el registro de las propias emociones, sensaciones, sentimientos, para no actuarlas impulsivamente. De esta manera también previene proyecciones y trabaja sobre la contratransferencia.
5. *Renuncia narcisista*: deberá renunciar a operar en esos momentos en que el protagonismo lo tiene el paciente, dejando de lado su propio protagonismo, realizando un corrimiento subjetivo y una descentralización personal. Deberá comprender que lo que viene del paciente no está dirigido a su persona, sino hacia el rol profesional que desempeña. Los objetivos terapéuticos y el plan de trabajo serán las guías en su labor profesional.

6. *Textualidad*: es necesario desarrollar la capacidad de registrar las situaciones cotidianas tal como aparecen, incluyendo todas las manifestaciones conductuales del paciente, el lenguaje analógico y digital. Debemos evitar las distorsiones en el registro y analizar cuál es el nivel de implicación del At si éstas aparecieran.

7. *Contextualización*: todo registro deberá ser consignado con fecha y horario. Por otro lado, nos referimos al contexto, a la situación, al aquí y ahora del paciente. Debemos tomar en cuenta que el contexto influye sobre la conducta de los sujetos, tanto del paciente como de la propia, considerando los códigos culturales con los que el paciente se desarrolla y su constitución histórico-social.

8. *Disciplina operativa*: se necesita desarrollar la capacidad de someter su conducta cotidiana a la disciplina necesaria para aprender lo que su tarea requiere y así evitar todo gasto de energía que limite su apertura perceptiva y su capacidad de diseñar las estrategias necesarias para operar.

9. *Renuncia ideológica*: se requiere una actitud de renuncia a la expresión, en el cumplimiento de sus funciones, de su mirada como ciudadano en el sentido de evaluar las acciones de los otros, desde los sentidos y criterios de su propia ideología, el sector al que pertenece, religión, partido político. Para desempeñar su labor operativamente deberá ceñirse estrictamente a los objetivos terapéuticos y al encuadre dentro del que opera.

En el punto anterior hemos mencionado una condición esencial para llevar adelante una observación dentro del método científico: **la fiabilidad**.

No es raro que varios observadores del mismo acontecimiento vean cosas distintas en un mismo acontecimiento. Puede suceder que un observador perciba una secuencia de acción como una unidad perceptual, mientras que otro observador puede ver la misma secuencia como dividida en diversas unidades.

El punto de partida de la observación del AT debe ser el reconocimiento de que es nuestro propio **condicionamiento cultural, educación y experiencias personales lo que organiza la percepción**.

Es posible que no seamos capaces de ver lo que consideramos rasgos contradictorios de conductas de otras personas, esto es, que nos resulte imposible concebir una persona que sea al mismo tiempo tranquila y activa, rica y accesible, baja de estatura y de temperamento romántico.

Debemos tener en cuenta que las **ideas preconcebidas** de lo que observaremos pueden afectar nuestras observaciones con posterioridad, por ejemplo, *“Mis observaciones tendrán lugar en un hogar de ancianos. En consecuencia, las personas que observaré serán ancianas, no comunicativas, enfermas, inactivas, etc”*. En Estados Unidos se enseña ante todo a confiar en los sistemas visual y auditivo como fuente de información digna de confianza, y se descuidan a veces datos útiles derivados de otros **sentidos, como el tacto y el olfato**.

Solemos **proyectar** nuestras propias cualidades en el objeto de nuestra atención. La interacción entre nuestros propios deseos, necesidades e inclusive estados emocionales pasajeros y lo que vemos en los demás, nos lleva a veces a ver sólo lo que queremos ver o a pasar por alto lo que podría ser evidente para otros. A este proceso que se lo conoce como **percepción selectiva**.



Debemos ser conscientes de que **nuestras percepciones** sufrirán **las influencias** de lo que hemos elegido observar.

Probablemente no utilizamos los mismos criterios para observar a nuestros amigos, a nuestros padres o a extraños. Es posible que atribuyamos conductas percibidas de un modo más positivo a la personalidad de nuestros amigos y conductas percibidas de un modo más negativo a las compulsiones del medio. **La familiaridad** tanto puede ayudar a la observación como puede crear un **ruido observacional**, pero siempre afecta a nuestras percepciones.

Además, determinados fenómenos nos llevarán a centrar la atención en una clase de conducta, observada de cerca, al tiempo que a pasar por alto conductas simultáneas que acontecen en lugares más alejados o la vigilemos más si se trata de una conducta insólita que si se trata de una conducta esperada.



Cuando observamos es imposible prestar atención a todo lo que allí ocurre. A veces interpretaremos un conjunto particular de señales mientras que en otros momentos esas mismas señales nos pasarán inadvertidas o no les daremos importancia: a esto se lo llama **sesgo del observador**.

Nuestro interés se centrará en las **descripciones fácticas y no evaluativas** de la conducta, así como en las interpretaciones que damos a estas descripciones en una segunda instancia.



Podemos decir que un observador eficiente ha de tener cuidado de no confundir la descripción pura con **las inferencias o interpretaciones** acerca de la conducta observada.

En síntesis:

El **objetivo de la observación** es la **comprobación del fenómeno** que se estudia, evitando los errores de la observación que podrían alterar la percepción de un fenómeno o la correcta expresión de este, con el fin de llegar a **un diagnóstico de situación**.



La **observación ordinaria, no científica**, se basa en percepciones casuales u ocasionales, comprobando los hechos tal y como se presentan espontáneamente, sin intencionalidad. Es la observación cotidiana que día a día llevamos adelante sin ningún tipo de objetivo o hipótesis de trabajo.

La **observación científica** utiliza hipótesis, a pesar de que se puedan obtener observaciones científicas por azar o no conexas con objetivos de investigación.

La observación es un instrumento básico para el logro empírico de nuestros objetivos, constituye uno de los aspectos importantes del método científico. La observación se considera una técnica científica en la medida que:

- Sirve a un objetivo ya formulado de investigación.
- Es planificada sistemáticamente (¿qué se observa? ¿cómo y cuándo?).
- Es controlada y relacionada con proposiciones más generales en vez de ser presentada como una serie de curiosidades interesantes.
- Está sujeta a comprobaciones de **validez y fiabilidad**.

53 ATENCIÓN, PERCEPCIÓN, SENSACIÓN Y REFLEXIÓN.

En el apartado anterior vimos un cuadro que menciona los cuatro factores psicológicos que se encuentran presentes en el proceso de observación, recordemos...

- 1 Atención
- 2 Percepción
- 3 Sensación
- 4 Reflexión.

ATENCIÓN:



Es el proceso por el que la mente toma posesión, de forma vivida y clara, de uno de los diversos objetos de pensamiento que aparecen simultáneamente. **Focalización y concentración** de la conciencia son su esencia. Implica la retirada del pensamiento de varias cosas para tratar efectivamente otras.

Un sujeto cuenta con esta condición cuando asume una **disposición mental o un estado de alerta** que le permite sentir o percibir sucesos, condiciones u objetos.



Si se presentan **múltiples estímulos**, el sistema nervioso del hombre no puede canalizarlos simultáneamente para su interpretación; por ello, un observador se ve obligado a escoger los estímulos de un hecho o conocimiento concreto (atención selectiva).

Si un sujeto requiere información clara, concisa y detallada acerca de los fenómenos, deberá contar con una adecuada atención. Sin ella, los mensajes -por ejemplo- que puede recibir de esta página impresa serán muy imprecisos. Más aún, quizá lea toda la página sin adquirir información alguna acerca de su contenido, porque su atención se encuentra en otro lugar; por lo tanto, no está preparado en este momento para recibir el estímulo de la palabra escrita.

La **capacidad de observación** en el hombre es **limitada**; por lo general, cuando su atención no se concentra deliberadamente sobre los fenómenos, no puede percibirlos con exactitud. No es capaz de observar varias cosas al mismo tiempo, sólo puede prestar atención específica a una cosa cada vez.



El AT debe habituarse a **estar alerta** para percibir la porción específica de los fenómenos de la conducta del paciente y de su entorno que se relacionan con los objetivos terapéuticos impuestos por el equipo. El **proceso de abstracción** consiste en ignorar los restantes factores que no serían pertinentes al proceso del paciente.

Así podrá concentrarse con más intensidad en aquellos detalles que revisten importancia para su problema.

El **interés** ayuda a observar las cosas de manera ágil y permite al observador fijar su atención en los **estímulos** que puedan proporcionar los datos necesarios.

Sin un alto grado de **autocontrol** es imposible impedir que los estímulos interesantes, pero ajenos al tema, capturen la atención; así como también dominar las inquietudes naturales que nos impulsarían a dispersarnos.

Poco a poco, el AT va adquiriendo el hábito de una **atención constante y selectiva** y se distrae con menos facilidad a causa de los factores que no son esenciales para su investigación. Esto es la consecuencia del ejercicio del proceso de **la observación sistematizada**.



Al observar se deben tomar en cuenta todos los **aspectos significativos** de la situación, tanto las condiciones y hechos anticipados como los no previstos. Controlar no sólo los factores personales que puedan disminuir su atención, sino también las características del tema que inhiben la observación efectiva.

FUNCIONES DE LA ATENCIÓN.

- Ejerce control sobre la capacidad cognitiva.
- Activa el organismo ante situaciones novedosas y planificadas, o insuficientemente aprendidas.
- Previene la excesiva carga de información.
- Estructura la actividad humana. Facilita la motivación consciente hacia el desarrollo de habilidades y determina la dirección de la atención (la motivación)
- Asegura un procesamiento perceptivo adecuado de los estímulos sensoriales más

TIPOS DE ATENCIÓN.

CRITERIO	TIPOS DE ATENCIÓN	
Origen y naturaleza de los estímulos	Atención interna	Atención externa
Actitud del sujeto	Voluntaria/ Activa	Involuntaria/Pasiva

Manifestaciones motoras y fisiológicas	Abierta	Encubierta
Interés del sujeto	Dividida	Selectiva/focalizada
Modalidad sensorial	Visual/espacial	Auditiva/ temporal

Veamos ahora la descripción detallada que acabamos de enunciar en el cuadro anterior:

a. Atención interna o externa:

La capacidad de atención está dirigida hacia los propios procesos mentales o a todo tipo de estimulación interoceptiva, o bien hacia los estímulos que provienen del exterior.

- *Interoceptiva*: estímulos provenientes del interior del cuerpo, por ejemplo, dolor de estómago.
- *Exteroceptiva*: estímulos que provienen del exterior o del medio, por ejemplo: el aroma de las flores.

b. Atención voluntaria e involuntaria:

Determinada por la **actitud activa o pasiva** del sujeto hacia los **estímulos**.

- *Voluntaria o activa*: el sujeto decide el ámbito de aplicación de su capacidad atencional, por ejemplo, prestar atención en clase.
- *Involuntaria o pasiva*: el poder del estímulo atrae al sujeto, por ejemplo, un sonido fuerte y sorpresivo.

c. Atención abierta y atención encubierta:

- *Abierta*: va acompañada de una serie de respuestas motoras y fisiológicas que producen modificaciones posturales en el sujeto, por ejemplo, ante un llamado tiembla, incluso se puede ruborizar o se puede acelerar su respiración.
- *Encubierta*: no es posible detectar sus efectos mediante la observación, por ejemplo, se acelera su pulso.

d. Atención dividida y atención selectiva o focalizada:

Esta clasificación viene determinada por el interés del sujeto.

- *Dividida*: son varios los estímulos o situaciones que entran en el campo atencional, por ejemplo, escucha una detonación y huele humo.
- *Selectiva o focalizada*: el esfuerzo se dirige hacia un campo concreto en el que pueden incidir otros procesos psíquicos, por ejemplo, focalizar la atención en la conducta del sujeto durante el juego.

e. Atención visual y atención auditiva:

Están en función de la modalidad sensorial a la que se aplique y de la naturaleza del estímulo.

- *Visual*: está más relacionada con los conceptos espaciales.
- *Auditiva*: lo está con parámetros temporales.

f. Atención global:

Disposición general del organismo para procesar información.

Son fenómenos intensos como el arousal¹⁹, el nivel de alerta general o alerta fásico.²⁰

Alerta y arousal.

- Se requiere para responder al ambiente.
- Se asocia con el Sistema Reticular Activador.
- Si se lesiona se produce estado de coma.

g. Estados de alerta:

- *Tónicos*: Son cambios en el estado de alerta graduales y duraderos. Ej., ritmos circadianos, vejez. La mejor manera de medir alerta tónica es a través de pruebas de vigilancia.
- *Fásicos*: Son cambios intensos y poco duraderos producidos por estímulos concretos. Pueden ser incrementos (ej., aparición de un peligro) o decrementos (ej., lapsos o lagunas atencionales)

h. Atención sostenida (vigilancia):

Capacidad de un observador para mantener la atención alerta a los estímulos en un periodo prolongado de tiempo.

Funciones de la Atención Sostenida:

- Proporciona programas apropiados de trabajo y descanso.
- Proporciona una variación durante la tarea.
- Incrementa la posibilidad de detección de la señal.
- Reduce la incertidumbre de cuando y donde aparecerá la señal.

¹⁹Tras la apertura de ojos que da fin a un periodo de coma, después un daño cerebral adquirido, muchos pacientes inician un largo recorrido de recuperación de la conciencia o conexión con el entorno, que puede ir desde una fase de vigilia sin respuesta (estado vegetativo), de mínima conciencia o de un estado de confusión.

²⁰ Alerta Fásica: estado transitorio de preparación para procesar un estímulo en una situación específica. Hay rápida elevación del estado de activación (Ej. Señal de partida en las competencias deportivas).

- Proporciona entrenamiento adecuado al observador para clarificarla naturaleza de las señales.

- Mejora la motivación enfatizando la importancia de la tarea que se lleva acabo.

SITUACIONES TÍPICAS DE CADA TIPO DE ATENCIÓN	
<i>Tipo de Atención</i>	Situaciones Representativas
Interna	Atender a las sensaciones físicas internas que aparecen en el estado de relajación.
Externa	Atender a las señales de circulación durante la conducción.
Voluntaria/ Activa	Prestar atención a la lección magistral del profesor.
Involuntaria/ Pasiva	Orientarse hacia un sonido estrepitoso que proviene de afuera, inmediatamente después de escucharlo.
Abierta	Girar la cabeza hacia la fuente de ruido de la situación anterior.
Encubierta	Tratar de escuchar la conversación del grupo de personas que tenemos a un lado (orientamos la atención, pero no resulta observable)
Dividida	Realizar un trabajo en la computadora, escuchando música, esperando que la aspiradora termine de limpiar.
Selectiva/ Focalizada	Atender a una persona mientras habla en un ambiente ruidoso.
Visual/Espacial	Parte de la atención implicada al ver una película.
Auditiva/ Temporal	Atención implicada al escuchar la radio.
Global	Grado de atención arousal: activación en una persona recién salida de un coma.
Sostenida	El trabajo de una persona que controle el tráfico es un buen ejemplo.

PERCEPCIÓN:



Es la capacidad de **relacionar** lo que se siente con alguna experiencia pasada, es darle un **significado a la sensación**.

La observación constituye una **síntesis de sensación y percepción**.

Cuando un individuo escucha un sonido, sigue siendo para él un ruido **hasta identificarlo**. Esta información carece de toda utilidad a menos que se la **interprete**.

Esta es la razón por la cual, al mirar un mismo objeto, no todos ven lo mismo. Más aún, en diferentes ocasiones una persona puede ver el mismo objeto de distintas maneras, cambiando su **interpretación de lo observado**.

Las **percepciones** pueden ser **simples** o **complejas**; pueden provenir de un solo órgano sensorial o de varios sentidos; la práctica, la preparación y la experiencia que posea el AT ayudan a dar una detallada interpretación de las sensaciones que forman parte de una experiencia determinada, la cual induce a una reflexión y la creación de las estructuras mentales que las define.



PERCEPCIÓN es la interpretación que hacemos del mundo y se consigue a través de la **SENSACIÓN**; pero, sin la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar nuestras sensaciones esta representación no sería completa. Por la sensación captamos los estímulos internos y externos; por la percepción los organizamos y les damos una significación.

La percepción, por lo tanto, es la **interpretación secundaria de las sensaciones** (áreas secundarias y terciarias) en base a la experiencia y recuerdos previos.

Por ejemplo, un perfume X nos puede parecer agradable porque se relaciona con un olor familiar, tal vez una esencia utilizada por la madre hace mucho tiempo. Para otra persona esa misma fragancia podría representar la pesadilla de matemáticas, relacionado con la docente que dictaba la materia.

Los psicólogos de la **Gestalt** consideraban que el ser humano, cuando recibe varias sensaciones, las organiza en una “Gestalt”, palabra que significa “conjunto” o “forma”.



Según la Gestalt la percepción del conjunto excede la suma de las partes del mismo.

Los principios en los que se basa son los siguientes:

1. *Isomorfismo*: la manera de cómo percibimos es un reflejo de la forma cómo está organizado el cerebro.
2. *Estructura*: las estructuras se caracterizan porque funcionan como unidades complejas que no pueden ser comprendidas a partir del conocimiento de sus componentes individuales; si no, que una estructura es una totalidad (funciona integrado) con sus leyes y formas.
3. *La percepción de la forma*: figura y fondo. Debemos percibir de manera independiente un objeto (estímulo que nos interesa) del fondo (lo que le rodea). La relación entre figura-fondo es reversible (el fondo puede convertirse en la figura y la figura en el fondo), aun así, organizamos los estímulos en una figura que nos permita contrastar con un fondo.
4. *agrupación*: Una vez separada la figura del fondo, debemos organizar nuestra figura en formas que tengan sentido. De forma automática e instantánea se procesan algunas características fundamentales: color, movimiento, contraste entre las luces y las sombras.

Entonces...



La información captada en forma simultánea por los sentidos sería caótica si no contáramos con un filtro que organice estos datos a la consciencia.

La percepción organiza los datos de la realidad que los sentidos recogen.



*Una percepción entonces **es una sensación a la que se le otorga un significado.***

Una misma sensación puede tener diferentes significados de acuerdo con los siguientes factores:

- a. ***Experiencia***: cualquier fenómeno nuevo se relaciona con otros que se han experimentado previamente. Un ejemplo cotidiano: si un agricultor ha tenido éxito en cierta variedad de trigo esta recomendación será buena para él, pero no lo será para aquel que no ha tenido éxito en su cultivo. Por ejemplo...

I3

Si a una persona le preguntamos qué es lo que ve podría responder que ve la letra “B”; entonces otra persona podría responder que ve el número trece. Si no sabe leer la figura carecería de significado, porque no la puede asociar con algo conocido. La figura permanece igual y sin embargo la significación que cada persona le otorga va a cambiar de acuerdo con las expectativas de reconocer un número o una letra o una mariposa.

¿Proponemos algunos ejemplos más? ¿Qué es lo que percibimos en las siguientes imágenes?



¿Una mujer joven o una anciana?



¿Una mujer o un hombre tocando el saxo?

Ambas respuestas serían correctas.

Las figuras permanecen inalterables, sólo que cada uno de nosotros las va a interpretar de diferente manera, va a percibir algo distinto. ¿Qué es lo que va a determinar esa diferencia? Veremos entonces...

- b. **Actitud:** es emocional y depende de cada sujeto. La actitud no será la misma en los agricultores que tuvieron éxito que en los que fracasaron con el trigo.
- c. **Interés:** el grado de interés varía, por ejemplo, el agricultor estará más interesado en los fertilizantes que puede utilizar para sus cultivos que en otros que no tiene o desconoce.
- d. **Estimulación:** es la intensidad con que uno o más factores dan significado a una sensación. Por ejemplo...el olor de la comida tendrá diferente significado para aquel que tenga hambre o para el que no.
- e. **Interpretación:** intervienen todos los factores mencionados anteriormente. Una tormenta tendrá diferentes interpretaciones según cada sujeto, para algunos será sinónimo de inundaciones, para otro de fertilidad.



Por estos motivos decimos que la percepción es: **selectiva, constructiva e interpretativa.**

TIPOS DE PERCEPCIÓN.

1. **Percepción real:** referida a un objeto real, físico, algo que podemos ver o tocar, por ejemplo, un árbol.
2. **Percepción personal:** el objeto es otro sujeto, y éste a su vez también puede percibirme. El acto de percibir cobra un significado especial en la relación entre dos sujetos.
3. **Percepción social:** de grupos o realidades sociales, por ejemplo, la percepción social que hay hoy en día respecto a la inmigración de los paísesvecinos.

COMPONENTES DE LA PERCEPCIÓN.

1. **Proceso sensorial:** según los empiristas nada llega a nuestro entendimiento si no llega antes a los sentidos.
 - a) Se produce a partir de sensaciones que serán captadas por alguno de los órganos de los sentidos. (estímulo-receptor).
 - b) El órgano receptor transmite la información por los nervios mediante las conexiones simpáticas. A esta fase se la llama *detección*.
 - c) Esta información es traducida por el órgano receptor, a esta fase se la denomina *transducción*.
 - d) El momento en el que la información se transmite decodificada al cerebro es la fase de *transmisión*.
 - e) En una cuarta fase los centros superiores de análisis del cerebro interpretan las señales y pasan luego a los centros donde se producen las respuestas del organismo en el cerebro. Es llamada *procesamiento de la información*.
2. **Proceso simbólico:** los objetos cobran significado cuando son percibidos y este proceso implica la simbolización. Cada cosa se asocia a un determinado concepto. La estimulación directa de un órgano no posee en sí misma un color, un olor, un sonido particular, sino que son características que aparecen cuando el impulso es traducido por la corteza cerebral.
3. **Proceso afectivo:** la experiencia que hemos tenido con la realidad exterior condiciona las nuevas experiencias. Las emociones acompañan a las percepciones en relación de agradable o desagradable, por ejemplo.

SENSACIÓN:



Al representar el mundo en nuestra mente, lo que hacemos es detectar la energía física del ambiente que nos rodea y codificarla en señales de tipo nervioso. A este proceso lo denominamos: **SENSACIÓN**. La sensación es el **procesamiento cerebral primario** procedente de nuestros sentidos principales, es decir:

VISTA – TACTO – OLFATO – GUSTO - OÍDO

La representación mental del mundo se consigue a través de la sensación; pero, sin la capacidad para **seleccionar, organizar e interpretar** nuestras sensaciones esta representación no sería completa. Este segundo proceso es la **PERCEPCIÓN**.



- **La sensación y el procesamiento ascendente:** análisis que se inicia en los receptores sensoriales y culmina con la **integración de la información sensorial en el cerebro**. Por ejemplo: Si acercamos nuestro brazo al fuego sentimos calor. El procesamiento ascendente en este caso pasa por los receptores del tacto que sienten el calor y la información sensorial llega a nuestro cerebro.

- **La percepción y el procesamiento descendente:** proceso que permite construir las percepciones a partir de la experiencia y las expectativas y no sólo en base a las sensaciones que “suben” al cerebro. Por ejemplo: ya hemos experimentado con el fuego y nos hemos quemado. Cada vez que percibimos el fuego tendemos a tomar precauciones para evitar quemarnos. En este caso el habernos quemado antes nos influye en nuestra percepción.



El hombre percibe el mundo que lo rodea mediante **sus sentidos**, cuando se producen ciertos cambios se estimulan a los sentidos, que a su vez actúan sobre los nervios sensoriales, percibiendo el suceso.

Cualquier **defecto de los sentidos** disminuye la posibilidad de observar los fenómenos con exactitud, igualmente la fatiga, las drogas, los estados emocionales y los deterioros graduales producidos por la vejez o la enfermedad.

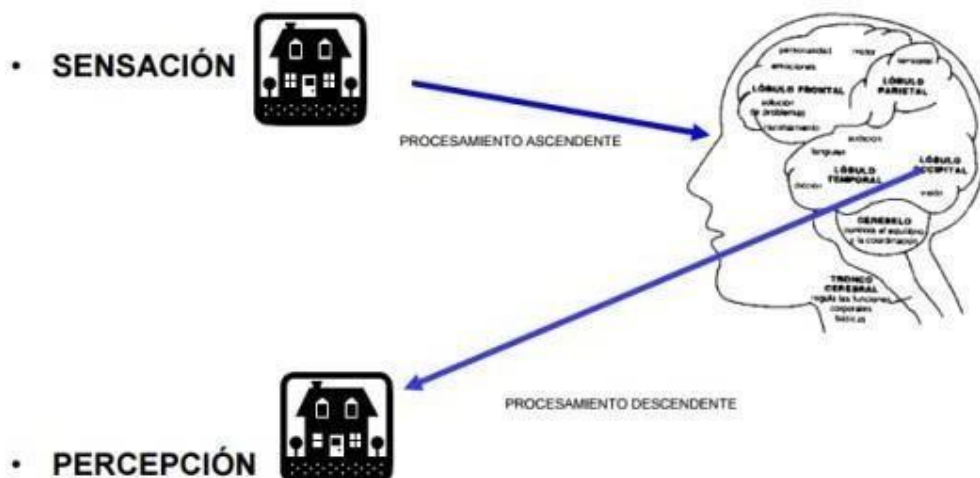
Un medio **extraño o perturbador** puede originar problemas o inducirlo a hacer observaciones falsas.



La sola presencia del AT en el ámbito familiar impulsa a los sujetos a modificar su comportamiento y no debe tomar posiciones que cambien sus habituales pautas de conducta.

La **experiencia del AT** se compone por todo lo que constituye su psiquismo, sus elementos conscientes e inconscientes:

- *Percepciones o experiencias simbolizadas* conformadas de todo lo que el sujeto se da cuenta, y las experiencias pasadas o periféricas capaces de entrar en el campo de la percepción bajo la influencia de una estimulación externa, física, o interna, provenir de asociación de imágenes, de pensamientos.
- *Experiencias no simbolizadas*: elementos experienciales que no están disponibles a la conciencia, los elementos de experiencia cuya simbolización es impedida en razón de su significación amenazante en relación con la imagen del yo (potencialmente simbolizables) y las experiencias no simbolizables, definitivamente inaccesibles a la conciencia, ya sea porque fueron percibidas por el sujeto como sin importancia con relación al yo.



CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES DE LAS SENSACIONES.

Algunas de ellas son:

- **Umbral absoluto:** Este concepto representa la estimulación mínima necesaria para detectar un estímulo específico. Dicha estimulación se establece tras presentar un estímulo a un sujeto y ser detectado el 50% de las veces que se presenta.

- **Umbral diferencial:** también conocido como Diferencia Mínima Perceptible, es la diferencia más pequeña en intensidad requerida para que se pueda percibir una diferencia entre dos estímulos. Debido a que el Umbral absoluto NO es el mismo para todo el mundo, en la detección de estímulos influye nuestra experiencia, expectativa, motivación personal y fatiga. Ejemplo: Cuando está en su casa, esperando que llegue algún familiar a casa, usted detecta los pasos de esta persona saliendo del ascensor.

- **Estímulos subliminales:** son aquellos que detectamos (en baja frecuencia) por debajo del umbral absoluto. Su efecto es corto, los percibimos de manera inconsciente. En publicidad se han utilizado sin obtener resultados concluyentes.

- **Adaptación sensorial:** disminución de la sensibilidad como consecuencia de una estimulación constante. Después de una exposición constante a un estímulo, la frecuencia de excitación de nuestras células nerviosas disminuye. Ejemplo: Cuando usted se expone mucho tiempo a un perfume notará que no puede detectar con facilidad otro perfume o aroma. Esto es porque ha disminuido la excitación de las células nerviosas por la exposición constante al estímulo de oler el mismo perfume durante mucho tiempo.

REFLEXIÓN:

Para superar las limitaciones de la percepción, se formulan **conceptos imaginarios** (hipótesis y teorías) que incluyen aquellos que no pueden percibirse de modo directo.

La reflexión induce a la **prospectiva** (mirar hacia el futuro), creando las **estructuras mentales** de lo que puede ser la **invención del AT** para satisfacer las necesidades planteadas respecto del seguimiento del paciente, de acuerdo con el potencial de recursos que posee el profesional.

En la intervención profesional que lleva adelante el AT y después de elaborar un diagrama conceptual acerca de la problemática presente, vuelve a examinar la situación para ver si encuentra hechos que encuadren en esta estructura (**reflexión**).

Una definición interesante aborda el tema desde el ámbito específico de la psicología:



Reflexión: meditación sobre circunstancias, hechos, conceptos, etc., que realiza un sujeto voluntariamente a fin de sacar conclusiones sobre ellos. Es una condición que solo aparece en los seres humanos, en la medida en que se vincula con la **capacidad de razonar e indagar cognoscitivamente** el mundo exterior, los estados internos y la sensibilidad.

La reflexión permite **comprender el mundo exterior**; un **acto reflexivo** intenta formar un mapa de la realidad circundante, intentando comprender las relaciones entre los diversos fenómenos observables, elaborando una visión integral de las circunstancias perceptibles, para encontrar patrones que den cuenta de regularidades.

La **Psicología Cognitiva** da cuenta de cómo los sujetos captan la información sensorial y la procesan, la sintetizan, la memorizan y luego hacen uso de ella. Otros enfoques, como el Conductismo, prefieren evitar hacer hincapié en los procesos internos de la mente en la medida en que corresponden a un área de difícil comprobación empírica.

La posibilidad de reflexionar sólo está presente en el hombre. Si bien es cierto que los animales tienen algún grado de conocimiento con respecto a las circunstancias circundantes, solo en el hombre este conocimiento puede ser objeto de **revisión, de recomposición y reelaboración**, dotándolo de posibilidades excepcionales.



La reflexión es un volcarse sobre sí crítico que hace posibles nuevos mapas mentales y concepciones del mundo.



La **actividad reflexiva** tiene indirectamente una relación con la **toma de acción**, en la medida en que crea un **plan de acción** en función de una interpretación tanto del mundo como propia.



Poder reflexionar acerca de la modalidad de intervención, el campo, la problemática del paciente, los lineamientos del equipo y aún sobre nuestras propias limitaciones en el ejercicio del rol nos posiciona directamente de cara a la toma de acción, en nuestro caso relacionada con un proyecto de trabajo o plan de acción para abordar operativamente la problemática detectada.



ACTIVIDAD OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 5:



Les recordamos que la participación en el foro en cuanto a las dudas, inquietudes o consultas que surjan durante su resolución forman parte del proceso de aprendizaje del estudiante, por lo que hacemos hincapié en la necesidad de compartir mediante el foro y en fomentar la interacción entre los compañeros y el docente.

Por tal motivo los invitamos a todos a debatir en el foro de debate de la materia los conceptos que hemos estudiado a lo largo de la unidad, ya que el debate participativo en el aula virtual genera la puesta en común de un saber y un conocimiento que se construye colectivamente.

Consigna 1:

1. Les proponemos leer los puntos contenidos en el apartado 6.2 condiciones de la observación.
2. En base a su lectura y a su reflexión les solicitamos que lean atentamente los nueve puntos y los ordenen desde la actitud psicológica de cada uno de ustedes, de arriba hacia abajo, comenzando por la que consideren que tienen más desarrollada hasta la que entiendan que deben seguir desarrollando.
3. Responder luego:
 - 3.1 ¿En qué momento de mi formación profesional creo estar desde mi actitud y aptitud psicológica y cómo me doy cuenta de eso?
 - 3.2 ¿Qué puedo proponer hacer para desarrollar las que considero que tengo menos desarrolladas?
4. Subir las respuestas en el foro de debates en el momento en que el tutor docente lo indique.

Consigna 2:



https://www.youtube.com/watch?v=on_6dScq1LI

1. Van a observar el video que hemos propuesto y a responder las consignas que va dando el mismo.
2. Luego de hacerlo les proponemos compartir la experiencia en el foro de debates, respondiendo qué conceptos de la presente unidad pueden articular con esta segunda actividad.



GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 5:



Les recordamos que no es obligatorio subir al foro la guía de autoevaluación, sino que la realización de esta tiene como objetivo repensar los conocimientos adquiridos a lo largo de la unidad fomentando su aprendizaje y reafirmación. Si tienen alguna duda pueden comunicarse al foro general de la cursada, debatir con sus compañeros o realizar una consulta al tutor docente de la asignatura.

Consigna:

Responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Qué es la observación?
2. ¿Cuáles son los criterios que debe cumplir la observación para sostener su validez y la de su técnica?
3. Desarrolle las condiciones de confiabilidad y de objetividad desde el rol del AT.
4. ¿Cuáles son los instrumentos de observación que consideras funcionales al rol del AT?
5. ¿Por qué decimos que la objetividad absoluta no existe en el rol del AT? ¿A qué se aspira?
6. Ventajas y desventajas de la observación.
7. Desarrollar la función de la distancia óptima operativa en el rol del AT.
8. Condiciones de la observación. Desarrolle cada una con un ejemplo.
9. Condiciones subjetivas de la observación. Desarrolle cada una con un ejemplo.

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 5:

- Knapp, M (1982) *La Comunicación no Verbal, el Cuerpo y el Entorno*. Cap. 12 “Observación y registro de la conducta no verbal”. Barcelona, Editorial Paidós Ibérica.
- Ander Egg, E (1993) *Técnicas de Investigación Social IV*. Cap. 2 “La observación”. Buenos Aires, Editorial Magisterio del Río de la Plata.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA DE LA UNIDAD 5:

- Sánchez Bodas, (2006) *Conocer a Carl Rogers. Cómo alcanzar la plenitud*. Cap. 6 “De las actitudes”. Buenos Aires, Ediciones Lea.

UNIDAD 6: REGISTROS EXPERIENCIALES, REGISTROS FENOMENOLÓGICOS. FICHA DEL PACIENTE E INFORMES ESCRITOS.

FUNDAMENTACIÓN DE LA UNIDAD 6:

Hemos hablado acerca de la importancia del registro del profesional en su labor diaria, como parte del proceso de observación del paciente, su familia, y las condiciones en las cuales se irá a desarrollar el proceso terapéutico.

Sabemos que la observación, como parte del método científico en las ciencias sociales, es una técnica y a su vez un trabajo sobre el mismo profesional. Como técnica deberá ser desarrollada acorde a las condiciones de validez, objetividad y confiabilidad; como parte del ejercicio del rol deberá responder a la construcción de las actitudes y aptitudes propias del AT para potenciar la relación de ayuda.

Es imprescindible, entonces, contar con otra técnica que complemente a la observación para que el registro experiencial fenomenológico y anecdótico del AT sean lo más funcionales posibles, y a su vez un instrumento necesario para recabar información, no sólo del paciente y su medio, sino, además, del propio AT.

Así como proponemos un arduo trabajo sobre la subjetividad del AT, debemos tener en cuenta que existe otra arista de su labor profesional que se relaciona con la pertinencia en la redacción de los informes.

Si el informe es un instrumento útil para transmitir información acerca del paciente y su familia, debemos considerar la urgencia de saber qué aspectos de estos deberán ser analizados y jerarquizados para un óptimo desempeño profesional.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD 6:

- Conocer las variables posibles en la toma de registro para la función del AT.
- Determinar la importancia del registro en el trabajo cotidiano del AT y su utilidad en el ejercicio de sus funciones.
- Analizar las diferentes formas de redacción de informes, según sus destinatarios y los objetivos terapéuticos a cumplimentar.

6.1 LOS REGISTROS EXPERIENCIALES Y FENOMENOLÓGICOS DEL PROFESIONAL.

Hemos hecho referencia en la unidad anterior a la importancia de la observación para el desempeño del rol profesional del AT.

Ahora vamos a analizar cuáles son los modelos de registro que podemos utilizar para ordenar la información y los datos que recolectamos en el campo.

EL REGISTRO ANECDÓTICO.

Es uno de los instrumentos básicos de registros de las **observaciones no sistematizadas** realizadas por el profesional.



Consiste en la **descripción en forma de anécdota** de un hecho ocurrido protagonizado por el paciente, que llama la **atención** ya que no es una conducta característica del mismo.

Este tipo de registro en general puede llevar a valiosas conclusiones acerca de la conducta y personalidad del paciente. Muchas veces puede detectarse cuál es el foco de una problemática existente ya que es factible determinar mejor cuáles son **los reforzadores** que están manteniendo una conducta.

El registro anecdótico se caracteriza por:

- a. *Basarse en una observación no sistematizada*: El AT no planifica ni el momento en el cual va a realizar la observación ni qué es lo que va a observar. El hecho registrado ocurre en una forma imprevista y amerita que sea tomado en consideración ya que no forma parte del patrón de conducta habitual del consultante.
- b. *Se realiza en cualquier momento de la rutina diaria*: a diferencia de otros registros que requieren sean utilizados durante el desarrollo de actividades específicas, los registros anecdóticos pueden utilizarse en cualquier momento durante el acompañamiento, o en el campo de trabajo o escolar si se tratara de un abordaje organizacional, cuando se produzca la conducta a registrar.
- c. *Se basa en la descripción del hecho ocurrido y la circunstancia en la cual se desarrolla*: el AT narra en la forma más objetiva posible el hecho relevante y además debe señalar el lugar y momento en el cual ocurre, aspectos de suma importancia para que la información contenida en el registro pueda ser utilizada en forma óptima.



El registro anecdótico puede incluir **comentarios del profesional**: cuando un profesional registra la conducta del paciente en el ámbito organizacional o del trabajo en grupo, frecuentemente trata de dar explicaciones acerca de las causas que la originaron y relacionar dicha conducta con otros hechos ocurridos anteriormente.

Estos comentarios son de gran importancia para la evaluación del paciente, incluso si se encuentra en la etapa diagnóstica, pero deben anotarse en forma separada al hecho en sí, con el fin de evitar distorsionar la realidad. Una técnica que podemos utilizar es anotar la conducta observada en un color y con otro diferenciado realizar los comentarios que nos son propios, sin contaminar el registro con nuestras inferencias.

El registro anecdótico no guarda relación con la **planificación de actividades o plan de actividades**: en él se registran observaciones no estructuradas, por lo cual se transforma en un valioso instrumento cuando trabajamos con un abordaje centrado en el paciente.



El registro anecdótico se utiliza básicamente para registrar conductas del área de **desarrollo socioemocional**. (aunque no exclusivamente)

Pautas para la toma de registro anecdótico.

d. *El hecho descrito debe ser significativo*: debe brindar datos importantes para la posterior evaluación del paciente.

e. *Se debe utilizar un lenguaje claro, nítido*: que describa concretamente el hecho ocurrido. Debe estar redactado en forma comprensible para cualquier persona que lo lea.

f. *El hecho debe registrarse tan pronto como sea posible*: no es aconsejable hacerlo en el mismo momento, ya que el paciente puede darse cuenta de que está siendo observado y modificar su conducta. Pero tampoco debe dejarse pasar un largo período de tiempo ya que lógicamente se olvidarán detalles que podrían restarle importancia al hecho.

g. *Sobre los comentarios*: el profesional debe evitar escribir comentarios juntamente con la descripción del hecho. Dichos comentarios deben hacerse, pero siempre al margen del registro en sí o con un color diferenciado. El comentario debe servir para aclarar el hecho observado, no debe ser nunca un juicio acerca de él.

h. *El formato*: el registro anecdótico puede elaborarse en forma de ficha o simplemente utilizar un cuaderno, asignando algunas hojas para cada paciente.

i. *Cantidad necesaria*: Un solo registro anecdótico no puede servir de base para evaluar a un paciente o tratar de dar explicaciones a ciertas conductas observables con otras observaciones realizadas antes de llegar a un juicio evaluativo.

Estos registros nos permiten **analizar conductas del paciente**: que no pueden ser registradas a través de otros instrumentos de evaluación y que necesitan de estructuración previa para su utilización, y por lo tanto quedan fuera de su alcance aquellas conductas que se presentan en forma imprevista.

Los registros anecdóticos por no necesitar de planificación previa ni elaboración de material son de fácil utilización por parte del profesional.

El único **registro indispensable** para utilizar en forma efectiva un registro anecdótico es saber **seleccionar los hechos significativos** que ameriten ser tomados en consideración por el equipo para evaluar al paciente.

ACTIVIDADES	lunes	miércoles	viernes	observaciones
Interacción del paciente con la familia	adecuada	adecuada	adecuada	la familia sostiene al paciente en el tratamiento e incentiva al paciente en su vinculación con el AT
Interacción del paciente con el AT	Adecuada y colaborativo	Adecuada y colaborativo	Se registra resistencia en el día de hoy, manifestó que no desea que el AT vuelva	La disposición ha sido en general buena, pero el último día de acompañamiento manifestó descontento e irritabilidad al momento de la llegada del AT.
Aceptación de las pautas de conducta	positiva	positiva	Resistencia a la aceptación de pautas acerca de la conducta	La adherencia del paciente al tratamiento aún no es estable. Se deberá seguir

			referida hacia el AT	trabajando en la aceptación de pautas de conducta que incluyen la adecuada relación del paciente con el AT
Disposición del paciente hacia las actividades propuestas	Buena, manifiesta interés por la propuesta terapéutica	Buena, manifiesta interés por la propuesta terapéutica	Manifiesta agresividad verbal cuando se le proponen las actividades	En general buena, se muestra dispuesto a realizar las consignas. En algunos momentos han aparecido resistencias, sin llegar a la agresión física.

ESCALA DE APRECIACIÓN.



Es un **conjunto de características, aspectos o cualidades** que deben ser juzgadas de acuerdo con una escala que permite identificar el grado hasta el cual se ha presentado cada conducta, una cualidad o característica de esta.

Pretenden graduar la fuerza con la que aparece una conducta, por lo tanto, es un buen instrumento para recoger información frente a **comportamientos o acciones** que queremos observar de manera permanente si nos interesa **cuantificar su grado o intensidad**.

Características de la escala de apreciación.

- Se basa en la **observación estructurada o sistemática**, en tanto **se planifica con anterioridad** los aspectos que esperan observarse.

- Admite una amplia gama de **categorías de evaluación** desde niveles óptimos a la constatación de la necesidad de refuerzos.
- Son más complejas que las listas de cotejo porque implican una **discriminación** más precisa por parte del AT para asignar los valores adecuados.
- No implica juicios de valor.
- Solo reúne **el estado de la observación de las conductas preestablecidas** para una posterior valoración.

Ventajas de la escala de apreciación:

- Ofrece una evaluación completa del paciente.
- Es posible abarcar con ellas diversas áreas del desarrollo del paciente en las diferentes áreas de manifestación de la conducta.

Pasos para construir una escala de apreciación:

- Especificar el resultado de aprendizaje apropiado en las diferentes actividades propuestas.
- Enumerar las características importantes de cada resultado.
- Definir una escala para cada característica.
- Ordenar las escalas de valoración.

Veamos un ejemplo práctico de la aplicación de este tipo de escala:

Indicadores	Categorías			
	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
• Lenguaje verbal apropiado. • Lenguaje no verbal apropiado. • Comunicación asertiva.				

• Utiliza otros recursos. • Logra un vínculo apropiado con el AT. • Demuestra interés en las actividades propuestas				
---	--	--	--	--

LISTA DE COTEJO.



Es un listado de características, aspectos, cualidades, etc. sobre las que interesa determinar su presencia o ausencia. Se centra en **registrar la aparición o no de una conducta** durante el período de observación. Ofrecen solo la posibilidad de ítem dicotómico y su formato es muy simple.

Características de la lista de cotejo:

- Se basa en la **observación estructurada o sistemática**, en tanto se planifica con anterioridad los aspectos que esperan observarse.
- Solo se indica **si la conducta está o no está presente**, sin admitir valores intermedios.
- No implica **juicios de valor**.
- Solo reúne el estado de la observación de las conductas preestablecidas para una **posterior valoración**.

Ventajas de la lista de cotejo:

- Es de fácil manejo porque implica **sólo marcar lo observado**.
- Se evalúan fácilmente **diferentes pautas comparadas en una trayectoria** con claridad en base a lo que se ha adquirido y lo que no.

Pasos para construir una lista de cotejo:

- **Especificar una realización** o describir un producto adecuado.
- **Enumerar comportamientos o características** fundamentales para la realización que se espera.
- Añadir cualquier **error común**.
- **Ordenar la lista** de comportamientos o características.
- Planificar un modo de utilizar la lista en función **del objetivo de evaluación perseguido**.

Veamos un ejemplo:

Características	SI	NO
Construcción positiva del vínculo con el AT.		
Comunicación asertiva.		
Motivación e interés en la realización de actividades con el AT.		
Motivación e interés en la realización de actividades en el grupo familiar.		
Registra las pautas terapéuticas.		
Participa en el diseño de las actividades.		

REGISTRO VIVENCIAL.

Este registro es pertinente para el autoconocimiento del AT.



En este caso la atención está orientada al objetivo de lograr un cambio de conducta a través de la toma de conciencia y darse cuenta de las vivencias propias que permitan lograr un aprendizaje en relación con el rol.

Incluye:

- Sentimientos.
- Recuerdos.
- Resonancias.
- Emociones.
- Vivencias.
- Pensar asociado al sentir.
- El impacto de las vivencias en la construcción del rol profesional.
- Obstáculos.

Ese registro vivencial, que luego podrá ser compartido con otros AT que supervisan conjuntamente, favorecerá la **preparación de un clima** que promueva el **aprendizaje significativo** tanto para el profesional como para el paciente.



El propósito de este aprendizaje está orientado hacia el **autoconocimiento** desde el ejercicio del rol desde el punto de vista holístico, ya que integra todos los aspectos que se despliegan en la intervención del AT. Es decir: se integra la mente, las emociones, la voluntad, la motivación, que favorecen la construcción de la congruencia.

Durante el ejercicio del rol el AT participa activamente en la problemática del paciente; por lo que es inevitable, en **esa resonancia**, el atravesamiento en la persona del AT:

“¿Qué me pasa con lo que le pasa al otro?”

El propósito de esta pregunta es deslindar qué es lo que está en el AT y qué en el paciente; por eso, el registro vivencial favorece **el crecimiento profesional en el rol**, porque primero se mira a sí

mismo para luego, poder mirar al otro. Además, permite indagar en las posibles **identificaciones** que encuentre desde lo personal.

Se establece el contacto con uno mismo, se establece una pausa interna, haciendo un análisis de todo lo que siente el paciente y cómo impacta en el AT.



Este registro vivencial, compartido en grupo en la supervisión, redimensiona y enriquece la tarea del profesional, ya que además de su propia mirada se suma la mirada de los otros, retroalimentando las conductas y el sentir de los participantes del grupo.

Se solicita del grupo información y toma de conciencia sobre lo que vive o siente, lo que lo afecta, las emociones sentidas, las emociones que inspira a los miembros del grupo: **puede promover enseñanzas para cambiar actitudes.**

Características del registro vivencial:

1. Busca **ampliar y profundizar el aprendizaje** a través de la retroalimentación entre la teoría y la práctica para que se pueda re-pensar y reflexionar sobre su conducta.
2. Reactualiza una **situación real vivida** a los fines de aprehender.
3. Permite que se experimente un efecto multiplicador, ya que cualquiera puede tomar de la experiencia de los otros y enriquecer su propio **aprendizaje**.

62 EL INFORME PSICOLÓGICO DEL PACIENTE.

EL INFORME PSICOLÓGICO.

El **informe psicológico** constituye una síntesis y a la vez un **medio formal de comunicación** entre el evaluador y un destinatario que podrá ser:

- ✓ Otro profesional (en casos de derivación)
- ✓ El Juez, si se trata de una causa judicial (casos de tenencia, adopciones, violencia familiar, homicidios)
- ✓ Una Empresa o cliente (en el caso de informes laborales)

- ✓ Una Institución escolar (informes educacionales)
- ✓ El sujeto de la consulta (informes clínicos - vocacionales a pedido del propio interesado)

Todo informe plantea como **objetivo principal** la necesidad de responder a diversos interrogantes más generales o más específicos; su naturaleza dependerá de:

- quién es el que lo solicita
- qué necesita saber.

Tiene un **contenido especial** que apunta principalmente a una **descripción evaluativa de una persona**

El contenido que debe abordar está destinado a realizar un **diagnóstico, pronóstico de la personalidad del sujeto** tratando de elucidar, por ejemplo:

- Qué clase de persona es, **características de su personalidad** en los aspectos intelectuales cognitivos, emocionales, sociales.
- Cuál es su **estado psicológico actual** y si algo le está ocurriendo, de que se trata, qué es lo que le estaría pasando actualmente, y cómo esto que le pasa influye sobre cómo piensa, siente y actúa.
- Si existen indicadores de **conflictos o psicopatología**.
- Cuál es la **estructura base de su personalidad**.
- Cuál es el nivel de **fortaleza o de debilidad Yoica**, los **mecanismos de defensa** y los **recursos del Yo**, etc.

TIPOS DE INFORMES:

- * *Informe Psicológico*, (válido para el ámbito clínico y forense)
- * *Informe Psicotécnico*, (aplicable para el ámbito laboral)
- * *Informe Vocacional*: (aplicable para una Orientación Vocacional)
- * *Informe Psicoeducacional* (consulta por problemas de aprendizaje o escolares en general)

ELEMENTOS QUE COMPONEN UN INFORME:

Veremos a continuación cómo se redacta un modelo de informe, teniendo en cuenta los puntos más importantes y aquellos que no se pueden pasar por alto.

Parte 1: Aspectos Formales:

- a) Encabezamiento: Nombre del trabajo, en este caso la titulación inicial podrá ser según el objeto del informe
- b) Datos de filiación básicos:
 - nombre, edad, lugar nacimiento.
 - escolaridad,
 - ocupación,
 - estado civil
- c) Derivante (si lo hubiera)
 - motivo de consulta, (ámbito clínico) motivo de la evaluación (otros ámbitos)
- d) Ámbito laboral:
 - Puesto a ocupar (promover):
 - Puesto ocupado actualmente: (si el evaluado pertenece a la empresa) Finalmente se destacan las técnicas que se utilizaron.
- e) Técnicas administradas:
 - Entrevista,
 - HTP,
 - Bender,
 - Desiderativo

Parte 2: Debe ser muy breve y sintética.

Presentación del sujeto (aspectos físicos-presencia-conductuales). Por ejemplo: la persona se presenta con cuidado y prolijidad en su vestimenta, sencillez o sofisticación o muy descuidado en la ropa, etc. En lo conductual: Corrección o no en la forma de expresión verbal, fluidez o dificultad expresividad gestual, etc. Su actitud ante la tarea y con el entrevistador.

Parte 3: Informe propiamente dicho.

El contenido del informe: Se armará en función del motivo de consulta o perfil de puesto en el caso laboral. La forma de organizar la información depende de cada evaluador y de las características específicas de la evaluación.

LA PRESENTACIÓN ESCRITA DEL INFORME:

Deberá ser:

- Clara, concisa, específica.
- Con lenguaje y vocabulario adaptado al destinatario del mismo.
- Debe tener coherencia y consistencia interna, sin contradicciones, por ejemplo: se afirma algo y luego aparece el concepto contrario.
- Debe incluir todos los datos significativos.
- Debe transmitir con fidelidad todas las características personales del paciente o entrevistado.

Deberá evitarse:

- Que el informe esté excesivamente orientado hacia el problema por el cual se consulta.
- El informe test por test. (salvo alguna exigencia particular del tipo de destinatario)
- Que incluya un exceso de indicadores de los tests.
- Que incluya un exceso de citas.

LA ORGANIZACIÓN DEL INFORME EN EL ÁMBITO CLÍNICO.

- Se refiere a la secuencia de presentación de la información (datos de filiación, etc. hasta el diagnóstico y pronóstico).
- No deberían darse explicaciones muy generales (un Complejo de Edipo no resuelto para explicar la mala conducta en el aula, o los celos fraternales explican por qué falla en lectura).
- Se deben destacar conclusiones y explicaciones concretas.
- La entrevista de devolución siempre debe ser parte del proceso. Esto permite un buen feedback que le aportará información y experiencia que enriquecerá seguramente futuras evaluaciones.

LOS CONTENIDOS DEL INFORME:

Se organizarán en función del **motivo de consulta** que ha dado origen a la solicitud de informe así podríamos considerar dicha solicitud como un interrogante a resolver y explorar mediante las técnicas empleadas.

Todo informe debe cumplir con su objetivo más esencial: una mayor **comprensión del sujeto** evaluado, generar algún grado de insight sobre la problemática presente y abrir nuevas asociaciones de sentido.

En general la **devolución** enriquece y amplía el sentido interpretativo de algunos de los puntos evaluados, tanto para el entrevistado como para el evaluador.

Los contenidos propios del informe son:

1. **Aspectos intelectuales:** Implicará recursos intelectuales efectivos y potenciales, y no solamente un nivel de CI (nivel de cociente intelectual). Modalidad perceptual, análisis o síntesis, etc., y cómo influye la autoestima en sus rendimientos; la etapa evolutiva escolar. Tests: historias y gráficos ricos o pobres. Inteligencia teórica, práctica, o ambas. Originalidad o convencionalismo Capacidad para organizar, sintetizar, planificar a diferentes plazos, etc.
2. **Funcionamiento yoico:** Cómo se ve a sí mismo y cómo cree que lo ven los demás. Funciones yoicas, predominio de proceso primario o secundario, nivel de maduración respecto de la edad.
3. **Aspectos afectivos y principales áreas de conflicto:** cómo reacciona y cómo maneja sus reacciones emocionales, sentimientos positivos o negativos hacia la realidad, adecuación o inadecuación de los afectos, impulsos y tendencias sexuales y agresivas (intensidad, posibilidades de autorregulación). Conflictos entre instancias, entre impulsos opuestos (por ejemplo: dependencia- independencia, identidad sexual (posicionamiento en su género, femineidad, masculinidad), vida - muerte, y como estos conflictos traban la personalidad). Qué disocia, qué proyecta, la vida de fantasía (ensueños diurnos o lo que muestra el test en historias y láminas), ansiedades dominantes. Defensas (o técnicas adaptativas e inadaptativas, según la psicología del yo): cómo resuelve los conflictos, cuándo fallan las defensas y cuándo no. Qué defensas usa y cuál es la prevalente. Defensas rígidas y escasas (o bien un repertorio amplio de defensas, que es mejor).
4. **Relaciones interpersonales:** con familia, amigos, pareja. Si le gusta o no estar con gente, si se siente seguro o temeroso frente al otro, si puede integrarse en tareas grupales, etc. Sentimientos hacia los demás, qué espera de ellos y cómo intenta lograrlo.
5. **Historia del sujeto y la familia** (sólo ámbito forense y según los puntos de pericia) No sólo debe incluir lo conflictivo (crisis, accidentes, embarazo, enfermedades, sino también lo adaptativo. Actitudes de la familia frente a los cambios, actitudes del sujeto, cómo sorteó las crisis evolutivas. Figuras de identificación en la vida.

6. **Diagnóstico:** No en forma de rótulo, pues no dice mucho de la persona (salvo que pidan explícitamente un diagnóstico diferencial, como por ejemplo si es oligofrenia u oligotimia), debe incluir potencialidades y capacidades y también resumir dificultades e interferencias en el vivir. Un diagnóstico psicológico no equivale al diagnóstico psiquiátrico.
7. **Pronóstico y recomendaciones terapéuticas:** indicación terapéutica de terapia si corresponde y en este caso, pronóstico con y sin tratamiento. Debe basarse en dos criterios: la motivación y las aptitudes del paciente para encarar un tratamiento. Aptitudes implica si puede expresar sus sentimientos, ver debajo de lo manifiesto, recursos internos, capacidad de soportar estrés, grado de apoyo en su medio, reconocimiento de causas psíquicas, disposición al cambio.

¿Por qué es importante que sepamos acerca de los tipos de informe existentes y sus contenidos?



Porque como AT vamos a estar trabajando en equipo, aunque **no es nuestra tarea diagnosticar ni confeccionar el informe psicológico**, debemos tener conocimientos acerca de la importancia del mismo para saber leerlo e interpretarlo.

Veamos el contenido de un modelo de **informe con historia clínica (HC)**

I. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Nombre completo
Edad
Fecha de nacimiento
Estado civil
Ocupación
Nacionalidad
Domicilio
Teléfono de casa
Celular
Persona que lo refirió
Nombre, dirección y teléfono de la persona encargada/tutor

II. MOTIVO DE CONSULTA

Brevemente describir la razón por la cual el sujeto busca ayuda.
Si fuere otra persona debe dejarse en claro su nombre y relación con el sujeto.
La información, tanto del sujeto como de un tercero debe anotarse literalmente.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

- A) **Fecha de inicio y duración del problema.** Es la cronología de los eventos, desde el apareamiento de los síntomas hasta la fecha de la entrevista. Es importante establecer el nivel de funcionamiento anterior al problema y como el trastorno ha interferido en su funcionamiento actual.
- B) **Factores precipitantes (estresores psicosociales, si hubieran).**
- C) **Impacto del trastorno en el sujeto y en la familia.** Actividades que el sujeto no puede ejecutar y como su familia y allegados se adaptan a estas limitaciones (pérdida secundaria). Qué beneficios hay en atención y afecto y qué disculpas para las actividades no placenteras (ganancias secundarias).

IV. HISTORIA CLÍNICA O ANTECEDENTES (ANAMNESIS)

A) **Personales no patológicos**

Son todos los antecedentes no patológicos de la persona como:

- 1) **Historia prenatal.** Tanto el desarrollo y evolución y la situación familiar durante este periodo.
- 2) **Desarrollo psicomotriz.** Abarca todo tipo de juegos, relaciones con otros niños, cuidados recibidos y de de quién fueron recibidos.
- 3) **Desenvolvimiento escolar.** Abarca la historia de su escolaridad, colegios, rendimiento académico, durante este periodo, actividades deportivas, extra escolares, figuras importantes, castigos, etc.
- 4) **Adolescencia.** Incluye relaciones con los amigos, profesores, actividades sociales, desarrollo de independencia, novios(as), etc.
- 5) **Adulthood.** Actividades laborales y sociales, trabajo, amistades, intereses, actividades recreativas, planes a futuro y vida matrimonial de estar casado.
- 6) **Historia psicosexual.** curiosidad sexual en la infancia, juegos sexuales, actividad sexual adolescente y adulta, relaciones amorosas, matrimonios, etc.

B) Personales Patológicos

Abarca todo tipo de dificultad que pueda haber tenido el paciente en las distintas fases de su vida (puntos del 1 al 6), desde el periodo prenatal hasta la edad actual. Estas se anotarán bajo tres grandes rubros:

- 1) **Historia médica.** Diagnóstico, fechas y tratamiento.
- 2) **Desórdenes mentales anteriores.** Diagnóstico, tratamiento y respuesta del sujeto al tratamiento.
- 1) **Otros desórdenes patológicos.** (accidentes, uso de sustancias, etc.).

V. HISTORIA FAMILIAR

- ¿Cómo está constituida la familia?
- Tomar en cuenta tanto a miembros vivos como fallecidos.
- Situación socioeconómica y cultural de la familia.
- Rol del sujeto en la familia.
- Relación de los miembros entre sí.
- Problemas de origen mental o fisiológico dentro de la familia (especificar quién y grado de consanguinidad). Vida familiar durante la infancia, niñez, adolescencia y adultez del sujeto.

VI. GENOGRAMA

Panorámica gráfica de la estructura y relaciones familiares.

VII. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

A) Descripción General

1. Apariencia general.
2. Conducta y actividad motora.
3. Actitud hacia el examinador.

B) Lenguaje (tono, velocidad, alteraciones del lenguaje ejemplo ecolalia, etc.).

C) Humor, sentimientos y afecto

1. **Humor** (lo referido a su estado de ánimo).
2. **Sentimientos** (lo que expresa de sus sentimientos).
3. **Afecto** (lo que se observa de su expresión afectiva).

D) Alteraciones perceptivas

1. Alucinaciones o ilusiones.

2. Despersonalización y desrealización.

E) Proceso del pensamiento

1. Curso del pensamiento

Productividad. (Abundancia o escasez de ideas).

Continuidad del pensamiento. (Bloqueos, perseveraciones, repeticiones, etc.).

2. Contenido del pensamiento

Preocupaciones (que más maneja el sujeto).

Trastornos del pensamiento. Se refiere a los delirios, ideas de referencia, pensamiento abstracto.

Información e inteligencia. Cálculo, conocimientos generales, cuestiones que tengan relevancia para el contexto cultural y educativo del paciente, concentración.

F) Orientación

1. Tiempo.
2. Lugar.
3. Persona.

G) Memoria

1. Remota (años).
2. pasado reciente (meses).
3. Memoria reciente (días).
4. Memoria inmediata (minutos y segundos, durante la entrevista).

H) Control de impulsos

Habilidad de expresar impulsos agresivos, hostiles, afectuosos, de temor, culpa y sexuales.

I) Juicio crítico

Capacidad de tomar decisiones en una situación dada.

Social. En acciones sociales adecuadas o inadecuadas.

Pruebas. Terapeuta plantea una situación y el paciente responde que haría.

J) Insight

Intelectual. Capacidad de interpretar razonablemente.

Emocional. Capacidad de interpretar emociones.

K) Confiabilidad

Impresión que el examinador tiene de la veracidad o capacidad del paciente para informar sobre su situación con exactitud. La veracidad que uno cree que hay en lo expuesto.

VIII. OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

- A) Examen físico.
- B) Entrevistas adicionales necesarias para el diagnóstico.
- C) Entrevista con familiares y amigos.
- D) Resultado de pruebas psicológicas aplicadas.
- E) Pruebas especializadas.

IX. EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- EJE I. Trastornos clínicos.
- EJE II. Trastornos de la personalidad y retraso mental.
- EJE III. Problemas médicos.
- EJE IV. Estrésos psicosociales y ambientales.
- EJE V. Evaluación del funcionamiento global (GAF).

X. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

XI. PRONÓSTICO

XII. PLAN TERAPÉUTICO Y RECOMENDACIONES

XIII. NOTAS EVOLUTIVAS

XIV. FIRMAS

63 LA FICHA DEL PACIENTE.



El registro de la información del AT, en especial cuando se constituye la ficha del paciente, es un entrenamiento en sí mismo que estimula y aumenta la **capacidad de observación** del mismo, a la vez que **otorga continuidad a la tarea** terapéutica que desempeña.

No existe consenso en la comunidad terapéutica acerca de un solo modelo de registro que sea pertinente a la labor profesional del AT, veremos algunas pautas que resulta necesario tomar en cuenta para la redacción de informes.

La sistematización resulta compleja por las siguientes razones:

- La dificultad para sugerir un encuadre teniendo en cuenta que se trabaja con diferentes actividades en tiempos variables, espacios cambiantes, etc.
- La ambigüedad con la que muchas veces los AT sienten su aporte al tratamiento de los pacientes.
- La falta de estímulo y jerarquización de la información que proviene del AT por parte de los terapeutas.
- La falta de entrenamiento para determinar qué importa consignar por escrito.

En los casos de pacientes internados se suele contar con una carpeta individual donde figura:

1. Datos personales del paciente, equipo tratante, teléfono de contacto, diagnóstico y motivo de consulta o internación.
2. Datos relevantes de la historia del paciente.
3. Apartado donde registran información:
 - a. El personal de la institución: médicos de guardia, psiquiatra)
 - b. El psicoterapeuta y el administrador psiquiátrico: con datos relevantes acerca de la evolución como mensajes suicidas, acting out, autorizaciones o revocaciones de salidas o visitas. Por ejemplo: *“el paciente evidenció despersonalización durante su terapia y se encuentran indicios de una inminente crisis agresiva. Quedan suspendidas las salidas de la clínica hasta nuevo aviso. Comunicarse con el coordinador del equipo para nuevos lineamientos de trabajo.”*
 - c. Informe del acompañante terapéutico.

Veremos a continuación un modelo posible para la elaboración de una **ficha de información** que hará posible la **organización del trabajo**.



Debemos tener en cuenta lo antedicho: un modelo es útil para organizar la información, pero también puede resultar inadecuado o insuficiente, razón por la cual el AT puede incorporar los campos de información que considere necesarios para que se cumpla con el objetivo de ese informe escrito.

Veamos a continuación un ejemplo sencillo de ficha de paciente:

FICHA DEL PACIENTE.

NOMBRE:

OS: (número de obra social si la tuviera)

DNI:

TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO:

INSTITUCIÓN: (si no fuera domiciliario)

ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO:

Es aconsejable el uso de este tipo de guías para el acompañamiento también de pacientes ambulatorios. La dificultad en mantener un **registro secuencial escrito** de la evolución del paciente se incrementa en estos casos, por la tendencia a limitar la transmisión de información al plano verbal del acompañante, entre los AT, con el equipo y con el coordinador en el tiempo sincrónico en que se dan las conductas observables.

En el caso que hemos ejemplificado, la información que se encuentra contemplada en la ficha podría ser ampliada en un informe aparte.



La diferencia entre **FICHA e INFORME** consiste en que la primera es la presentación de forma acotada, breve, útil y organizada de los datos más relevantes acerca del paciente, todo consignado en forma de cuadro en el nivel informativo.

En cambio, el Informe es un desarrollo de información del paciente más argumentado, ampliando la información que encontramos en la ficha en el nivel de lo descriptivo.

64 INFORME CLÍNICO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.

Lo importante en la redacción del informe clínico es establecer:

- Su función.
- Su contenido.
- Su objetivo.



El informe clínico se caracteriza por ser un elemento de **transmisión de información** y de **comunicación** que aporta datos descriptivos de la cotidianeidad del paciente durante las horas del acompañamiento. También se incluyen ideas, sugerencias y aportes en relación con el profesional que guía el tratamiento o con el equipo, ya sea el coordinador o el terapeuta.

En su redacción deben resumirse datos importantes, esenciales y esquemáticos tales como:

- Nombre del paciente.
- Lugar del acompañamiento.
- Días y horarios del acompañamiento.
- Actividades realizadas.
- Estado de ánimo del paciente.
- Predisposición del paciente.
- Comunicación con la familia del paciente.

Se deberán consignar las **intervenciones realizadas** y **los objetivos buscados**, fundamentando **su aplicación** y qué relación tiene con las indicaciones generales del profesional que dirige el tratamiento.

No se trata de realizar una elaboración teórica del caso, sino de transmitir una descripción que remita al momento del paciente y que pueda variar según la etapa en la que se encuentre.



La redacción apropiada del informe clínico es una responsabilidad para el AT y parte de sus funciones, dado que el mismo puede **influir en las decisiones del equipo terapéutico**, ya sea para su internación como para la indicación del alta.

La frecuencia con la que se realiza el informe varía, de acuerdo con los requerimientos y a los destinatarios. Generalmente se realiza de forma semanal por demanda del equipo tratante, esto permite una autoevaluación del trabajo realizado. Además, es material útil para investigaciones clínicas y para la supervisión del caso.

Todo informe es siempre **una síntesis** y un recorte de la enorme cantidad de información recogida que debemos transmitir con **objetividad**, sin excedernos en detalles ni que sea demasiado acotado, ya que por intentar ser breve puede resultar incomprensible y poco útil.



El informe útil es aquel en el cual la redacción es clara, sin faltas de ortografía, evitando los clichés y la utilización de términos complejos de una determinada teoría psicológica.

Los destinatarios del informe clínico pueden ser:

- El coordinador.
- El AT que integra el equipo.
- La obra social.
- La institución.
- El psicólogo.
- El psiquiatra.

Cuando el paciente se encuentra hospitalizado la HC²¹ opera como eje de acopio de información escrita. En base a ella se puede realizar un informe escrito luego de cada encuentro con el paciente.

La frecuencia que establecen las obras sociales para el envío del informe suele ser de 3 meses, para los otros AT son semanales, para el coordinador mensual o quincenal. Veamos un modelo de informe posible:

INFORMACIÓN DEL AT: Nombre y apellido: DNI:	FECHA: dd/mm/año	Horas y días de acompañamiento: Lunes, miércoles y viernes de 8.00 hs a 12.00 hs
ACTIVIDAD: (tipo de acompañamiento: institucional, escolar, domiciliario, etc)	OBJETIVOS: (objetivos del acompañamiento acorde al plan de trabajo)	
*Conductas llamativas del paciente:	No quiso sacarse el abrigo en un ambiente calefaccionado. Fumó 15 cigarrillos en 3 horas.	

²¹ Historia Clínica.

	No manifestó deseos de participar en las actividades.
*Grado de conexión con el AT otras personas:	No habló, pero se mostró igualmente conectado.
*Actitud y estado de ánimo:	Desde la queja, indiferente hacia el AT. Recordó varias veces a su familia.
*Observaciones:	En el día de hoy comienza el acompañamiento en tiempo y forma. El paciente sale a saludarme con un beso y un abrazo, pero sin hablar. En el transcurso de las actividades se lo observa con una conducta retraída, aislándose del resto de los internos y manteniendo poco contacto con el AT. Durante el horario de almuerzo manifestó disgusto por el menú del día. Su movilidad es lenta, su coordinación se ve afectada: le cuesta atar sus cordones y no solicita ayuda para hacerlo. En su lugar se manifiesta con quejas acerca de que el psiquiatra intenta mantenerlo “dopado”. Estuvo presente en las actividades recreativas de la tarde, pero no emitió palabra, aunque el terapeuta ocupacional le preguntó si le gustaba la actividad. Manifestó ansiedad ante el AT por el horario de visitas en cuanto a la duración (le parece muy corto) y por quién iría a visitarlo ese día.



Hemos comentado que no hay una sola manera de hacer un informe o una ficha. Lo que se requiere en ambos casos es que la información consignada sea clara, concisa, que no contenga términos ambiguos ni de lugar a confusiones. Por lo que el informe arriba detallado también podría estar escrito en forma de prosa, sin necesidad de un cuadro conceptual.



ACTIVIDAD OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 6:



Les recordamos que la participación en el foro en cuanto a las dudas, inquietudes o consultas que surjan durante su resolución forman parte del proceso de aprendizaje del estudiante, por lo que hacemos hincapié en la necesidad de compartir mediante el foro y en fomentar la interacción entre los compañeros y el docente.

Por tal motivo los invitamos a todos a debatir en el foro de debate de la materia los conceptos que hemos estudiado a lo largo de la unidad, ya que el debate participativo en el aula virtual genera la puesta en común de un saber y un conocimiento que se construye colectivamente.

Consigna:

1. Les proponemos repasar el Caso Juan que hemos analizado en la unidad 4. A partir de su lectura les pedimos que confeccionen:
 - a. La ficha del paciente como si usted fuera el AT interviniente.
 - b. El informe clínico del paciente en cada uno de los días detallados en el acompañamiento. (serían tres informes en total, uno por cada jornada).
2. Los informes realizados deberán ser subidos al foro de debates en el momento en que el tutor docente lo indique.
3. Una vez que los informes sean subidos al foro les proponemos debatir sobre los informes de los compañeros, buscando puntos en común o disidencias.
4. Los formatos admitidos en el foro son: .doc; .docx; PDF; .odt



GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 6:



Les recordamos que no es obligatorio subir al foro la guía de autoevaluación, sino que la realización de esta tiene como objetivo repensar los conocimientos adquiridos a lo largo de la unidad fomentando su aprendizaje y reafirmación. Si tienen alguna duda pueden comunicarse al foro general de la cursada, debatir con sus compañeros o realizar una consulta al tutor docente de la asignatura.

Consigna:

Les proponemos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿A qué se llama registro profesional y cuál es su importancia en el desempeño del rol del AT?
2. Describir qué es un registro anecdótico y dar un ejemplo.
3. Definir qué es la escala de apreciación y dar un ejemplo.
4. Definir qué es la lista de cotejo, consignar qué utilidad tiene y dar un ejemplo.
5. ¿Qué se entiende por registro vivencial y para qué se utiliza?
6. Describir el informe psicológico: qué es, para qué se utiliza, cuáles son los componentes fundamentales que no se pueden omitir en su redacción.
7. ¿A qué se llama ficha del paciente? Describir su utilidad en el campo del acompañamiento.
8. Diseñar un informe en base al siguiente caso que vamos a plantear, consignando los puntos más importantes y los datos que deben aparecer en todo informe:
 - nombre del paciente,
 - edad, grupo familiar,
 - tipo de acompañamiento,
 - nombre del AT,
 - objetivos del acompañamiento según el equipo,
 - conductas observables y manifiestas que llaman la atención del AT.
9. Subirán el informe que han confeccionado al foro de actividades para comenzar con el debate, en el momento en que el tutor docente lo solicite.

“Los padres de Elena, de dos años y medio, consultan, derivados por un neurólogo, porque la niña no camina, ni siquiera gatea. Tampoco realiza ningún esfuerzo muscular para pararse. Los intentos de “pararla” fracasan porque no se sostiene en pie. “Se le doblan las piernas”, cuentan, como si no tuviera tonicidad muscular.

Elena prácticamente no se moviliza. Sólo gira en redondo cuando está sentada, si algo le interesa o si necesita alcanzar algún juguete. Pero, si para lograrlo necesita recostarse sobre el piso, no vuelve a sentarse sola. Tampoco hace ninguna fuerza con los brazos. Exhaustivos estudios médicos refieren que no hay ningún daño orgánico ni neurológico que justifique esta conducta.

Los padres están preocupados. El papá, Carlos, tiene 44 años, y la mamá, Estela, 42. Elena es su primera hija. La mamá confiesa que la crianza de la niña le resulta difícil. “La tuve de grande cuando ya pensaba que no iba a tener hijos. Me pongo muy nerviosa cuando Elena llora o se encapricha. Ya soy grande, no tengo la misma paciencia que a los 20. Siempre trabajé, hasta que nació Elena y dejé de trabajar.”

Los tres viven en la casa de la abuela materna, que está enferma. “Tiene incontinencia y algo de artereosclerosis. Siempre está acostada o sentada.” Tuvieron que mudarse con la abuela, agrega Carlos, porque a él lo estafaron y perdió el departamento donde vivían. No queda claro si Estela dejó de trabajar para cuidar a Elena o a su mamá.

Los padres cuentan que Elena casi no habla pero que entiende todo. Le gustan los libros: “Los saca, los mira, da vuelta las hojas. Prefiere los libros con láminas. Se hace la que lee. Ella es así porque vive entre grandes”. La falta de lenguaje en la niña no es una preocupación para ellos.

Elena llega a la primera entrevista a upa del papá. Está vestida con ropa algo antigua, que le queda un poco grande. La sientan en el piso de espaldas a la analista. Elena gira, mira a la analista con una mirada inteligente y penetrante y empieza a golpear las piernas contra el piso: le muestra así a la analista que sabe cuál es su problema, el que motivó la consulta. Se interesa por los juguetes del canasto: los va sacando, aunque sólo para verlos. Los ubica cerca, al alcance de su mano. Si alguno se le escapa, pide que se lo alcancen haciendo señas o emitiendo sonidos. No juega, y va quedando rodeada de objetos que dificultan, progresivamente, su ya escaso movimiento.

La analista indica algunas entrevistas con los padres y también un acompañante terapéutico en la casa, en principio para trabajar con Elena.

Las primeras visitas de la acompañante a la casa permitieron tener un panorama de las condiciones en que Elena vivía. Esto posibilitó no sólo planificar actividades con ella, sino también trabajar con los padres. El valioso relevamiento del acompañante, en relación con la ingeniería y la

²² Fragmento de *Territorios del Acompañamiento Terapéutico* (2005), Cap. 6, “Desvalimiento en la infancia”. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.

dinámica familiar, puede constituir una herramienta clave para el desarrollo de un tratamiento. Se trata de testimonios vívidos, que con frecuencia articulan datos que parecerían no tener ni conexión ni sentido.

En este caso, la acompañante terapéutica descubre que Elena no tiene habitación, duerme en el living. Es un departamento de dos dormitorios, en uno duermen los padres y en el otro la abuela. Elena pasa la mayor parte del tiempo en la cuna, que está repleta de juguetes. El departamento es oscuro porque las persianas suelen permanecer bajas, y está lleno de muebles grandes. La mamá prefiere que Elena esté en la cuna y no en el piso. En realidad, prácticamente no hay lugar para que Elena se mueva.

La casa está impregnada del “olor de la abuela”, como lo llamó la acompañante terapéutica: un olor rancio, mezcla de orín y falta de higiene. En el trabajo clínico con familias muy dañadas psíquicamente, es frecuente que el dialecto de la sensorialidad tenga un peso contratransferencial singular. En especial, el registro olfativo suele ser percibido y subrayado en el registro de los profesionales en contacto con este tipo de familias.

Otro dato aportado por la acompañante terapéutica se refiere a un ritual para “ayudar” a Elena a hacer caca. La mamá, cuando entiende que Elena quiere hacer caca, la acuesta, con el pañal puesto, sobre la mesa, y allí la nena hace mucha fuerza, se pone colorada y finalmente hace caca. En casos de trastornos severos del desarrollo, es frecuente que encontremos usos indiscriminados de los espacios dentro del funcionamiento cotidiano. Categorías como adentro-afuera, permitido-prohibido, no se construyen y los hábitos del niño se van armando con desajustes y distorsiones, cuyos efectos repercuten en las adquisiciones propias del crecimiento.

La inclusión del acompañante terapéutico amplía las fronteras del registro; favorece una mayor consistencia en la evaluación del caso. El acompañante es testigo de datos relevantes que la familia no relata, porque ni siquiera los registra como inconvenientes y menos aún conflictivos.

Elena sufre un trastorno en su desarrollo y en el funcionamiento del yo. El retraso en la marcha y el lenguaje, y la inhibición en su desarrollo, denotan una situación conflictiva: por un lado, las dificultades de Elena para desprenderse y adquirir independencia; por otro, las de los padres para propiciarle condiciones adecuadas para el crecimiento. La “progresión de la dependencia a la independencia” –tal como lo plantea Donald Winnicott– está detenida. El medio circundante no pudo adaptarse a las necesidades de movimiento y crecimiento de Elena. Los temores de la madre, la depresión del padre y la enfermedad invalidante de la abuela no resultan “facilitadores” de la expansión, la autonomía y el derecho a la palabra.

En las entrevistas con los padres, va surgiendo la angustia que les provoca la idea de que Elena se desplace. Aparecen fantasías asociadas a la pérdida de control. Crece el temor de que Elena, fuera de los límites de la cuna, se les vaya de las manos, como si la niña pudiera empezar a correr “alocadamente” –decían los padres– por el departamento, chocando contra los muebles. Los padres asocian esto con el miedo potencial a enfrentar la adolescencia de Elena, ya que ese

momento los encontrará “muy mayores”. Vinculan el crecimiento de la niña con peligros que ellos se sienten incapaces de afrontar.

Surgen también intensos temores de que Elena, al caminar, se lastime; posiblemente se trata de formaciones reactivas a sentimientos ambivalentes de la mamá hacia esta niña que la confronta con sus propias fobias. El papá, aunque aparece debilitado por la quiebra económica, se muestra genuinamente preocupado por la falta de lugar para Elena y sugiere, durante las entrevistas, la posibilidad de correr algunos muebles para armarle un espacio de juego en el piso.

Mantener a Elena inmovilizada alimenta en los padres la fantasía de detención del tiempo. Si Elena no da un paso, el tiempo no pasa. La marcha y, en un sentido amplio, el crecimiento mismo, se equiparan al paso veloz del tiempo y esto trae aparejadas fantasías de enfermedad, envejecimiento y muerte. Posiblemente la situación de estancamiento esté potenciada por la presencia de la abuela que, con su enfermedad, presentifica las fantasías: lo temido está a la vista.

El deseo de que nada cambie es un deseo mortífero (así lo advierte Piera Aulagnier en “Trastornos psicóticos de la personalidad o psicosis”, trabajo presentado en el Congreso de la IPA, Roma, 1989). La no aceptación del paso del tiempo obliga a la desmentida. “Que nada cambie” en ese cuerpo de bebé y en esta abuela, es un deseo irrealizable, porque nadie puede sustraerse a las modificaciones del cuerpo a través del tiempo, ni al cambio en la relación con el mundo que se establecerá a partir de ellas. A Elena la cuna ya le resulta chica y a la abuela se le ha agrandado la distancia de su habitación al living. Los padres buscaron, inconscientemente, refugio en la inmovilidad. Congelar el tiempo parece ofrecerles algún alivio (a un alto precio).

Quizá la situación de estancamiento se produjo en el momento en que Elena comenzaba a despegar de su lugar de lactante y avanzaba en su crecimiento: la marcha, el lenguaje, el control de esfínteres. Mientras tanto, la abuela iba retrocediendo: la arteriosclerosis y sus consecuencias de pérdida de control e inmovilidad.

El acompañamiento terapéutico se orientó hacia la realización de juegos que favorecieran el movimiento afuera de la casa, en la plaza. Elena salía poco a la calle y no iba a la plaza. La mamá le insistió a la acompañante en que para salir a la calle usara el cochecito. En la primera salida Elena fue en cochecito hasta la plaza; una vez allí miró con interés los juegos, pero se resistió a bajar del cochecito. Hizo señas a la acompañante para llenar el balde de arena y tirar con la palita la arena al piso. En la segunda salida, a pesar de la insistencia de la madre, la acompañante decidió llevar a Elena hasta la plaza en brazos, no en el cochecito. Jugaron en el arenero, en el subibaja, en la hamaca. Elena disfrutaba.

Poco tiempo después, Elena se paró. Su excitación fue enorme cuando se dio cuenta de que lograba sostenerse. Reía.

A partir de ese momento se planteó un juego recurrente: Elena se paraba sobre los pies de la acompañante e insistía para que ella se moviera. La acompañante caminaba, con Elena sobre sus pies, sosteniéndola por los brazos. Al son del conocido estribillo “María la paz, la paz, la paz...”

Elena comenzó a mover sus piernas, “para adelante, para atrás, para el costado, al otro costado”. Elena necesitaba usar los brazos y las piernas de su acompañante; también su mirada. Caminaba sin perder de vista el rostro de la acompañante, “sosteniéndose” en su mirada. Quizá buscaba, en la expresión de alegría de la acompañante, el “reflejo de su propia imagen onnipotente”, en términos del psicoanalista Donald Winnicott.

Días más tarde, Elena caminó sostenida desde atrás, sólo por los brazos. Ya no necesitaba las piernas de la acompañante ni tenerla de frente. Después, la acompañante se ubicó de costado, sosteniéndola por las dos manos. Pronto Elena se animó a caminar de la mano de la acompañante; después, se soltó y siguió sola.

Al verla caminar, la mamá y la abuela protestaron, como si el hecho de que Elena caminase les corroborara que el no caminar era sólo un capricho. En realidad, reaccionaron con temor. Manifestaban miedo a que Elena tropezara y se lastimara. Sin embargo, de a poco, fueron incorporando la idea de que ella podía desplazarse sin lastimarse.

En la actitud de la acompañante terapéutica, tanto con la niña como con los padres, fue importante cómo se posicionó frente a la idea de posibles tropiezos. Resignificar una perspectiva frente a la dificultad es una función clave en el trabajo con niños. En este caso, fue determinante hacerles espacio a los tropiezos como parte del proceso y del progreso. No hay movilidad sin tropiezos, no hay aprendizaje posible que no contemple el error como uno de sus componentes inevitables.

Pocos días después de que Elena se pusiera en marcha, los padres, aduciendo dificultades económicas, interrumpieron el acompañamiento terapéutico, y dos semanas más tarde, dieron por concluidas las entrevistas de pareja. Pero, días más tarde, la analista recibió un llamado del neurólogo: los padres lo habían visitado, muy contentos, para mostrarle que la nena ya caminaba.

Si bien esta familia no había sido capaz de acompañar a Elena en la adquisición de sus movimientos, les resultó menos difícil aceptar que los lograra merced al trabajo de la acompañante terapéutica. Por lo demás, esta historia de la clínica nos presenta un duro contrapunto entre el desvalimiento propio del comienzo de la vida con el que se padece cuando la vida llega a su fin.”

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 6

- Kuras de Mauer, S; Resnizky, S (1985) *Acompañantes terapéuticos y Pacientes Psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica*. Cap 9 “Aspectos técnicos de la labor del AT”. Buenos Aires, Editorial Trieb.
- Kuras de Mauer, S; Resnizky, S (2005) *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. Cap. 6 “Desvalimiento en la infancia”. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA DE LA UNIDAD 6

- Sálliche, S (2017) *Introducción al Acompañamiento Terapéutico*. Cap. 8 “La supervisión y el informe del AT”. Buenos Aires, Letra Viva Editorial.

PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE TERCERA ETAPA: **desarrollo de las prácticas en contextos reales.**

Práctica Profesionalizante.

La misma es individual y de carácter obligatorio.

Está orientada a la construcción de conocimientos y a favorecer la internalización de los conceptos a través del análisis crítico de los casos propuestos.

Tercera etapa: Desarrollo de las prácticas en contextos reales			
- Preparar y realizar una visita a una organización en que se realiza el acompañamiento terapéutico. - Proyectar y realizar la entrevista de los estudiantes con el referente de la entidad receptora. - Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre la tarea del A.T. en contextos reales, con entrevista posterior a los profesionales. - Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre la tarea del A.T. en los equipos interdisciplinarios que integra... - Confeccionar los registros anecdóticos y vivenciales de las observaciones realizadas. - Elaborar una escala de apreciación de cada observación y entrevista. - Analizar e interpretar la información relevada. - Organizar el portafolio.	Actividades de observación en contextos simulados	Organizaciones o instituciones relacionadas con el acompañamiento o terapéutico.	27 horas <i>Prácticas profesionalizantes</i>
- Tutorías obligatorias no presenciales distribuidas en instancias semanales de una hora de duración.	Abordaje de problemas de la práctica Intercambio y reflexión	Campus virtual	8 horas <i>Tutorías Segundo bimestre</i>

1. *Preparar y realizar una visita a una organización en que se realiza el acompañamiento terapéutico:* les proponemos realizar una visita a una organización donde se realicen acompañamientos terapéuticos. Acordarán la posibilidad de realizar una entrevista con el referente de la organización.
2. *Proyectar y realizar la entrevista de los estudiantes con el referente de la entidad receptora:* El cuestionario deberá contener un mínimo de 15 preguntas relacionadas con los puntos que estuvieron viendo en las unidades anteriores, centrado en el ejercicio del rol. Van a proceder a la grabación de la entrevista.
3. *Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre la tarea del A.T. en contextos reales, con entrevista posterior a los profesionales:* realizarán dos observaciones de la dinámica de la organización o de alguno de los grupos de pacientes de forma silente. Luego van a entrevistar a esos AT. Las preguntas del cuestionario deberán estar relacionadas con el rol del profesional y deberán ser un máximo de 15.
4. *Proyectar y realizar dos (2) observaciones sobre la tarea del A.T. en los equipos interdisciplinarios que integra.* Van a realizar dos observaciones de dos reuniones de equipo en las cuales observarán la dinámica propia de las reuniones interdisciplinarias.
5. *Confeccionar los registros anecdóticos y vivenciales de las observaciones realizadas:* utilizarán los modelos que hemos propuesto en la segunda parte de la práctica formativa. Tomarán en cuenta: la entrevista al referente de la institución, las dos observaciones de la tarea del AT en contextos reales, las entrevistas posteriores a esos AT, las dos observaciones de los equipos interdisciplinarios.
6. *Elaborar una escala de apreciación de cada observación y entrevista:* Es un conjunto de características, aspectos o cualidades que deben ser juzgados de acuerdo a una escala que permite identificar el grado hasta el cual se ha presentado cada cualidad o característica. Pretenden graduar la fuerza con la que aparece una conducta, por lo tanto, es un buen instrumento para recoger información frente a comportamientos o acciones que queremos observar de manera permanente si nos interesa cuantificar su grado o intensidad. Van a utilizar el siguiente modelo de escala de apreciación:

ACTIVIDADES	lunes	miércoles	viernes	observaciones
entrevista al referente de la institución				
Observación 1 de la tarea del AT en contextos reales				
Observación 2 de la tarea del AT en contextos reales				
Entrevista 1 al AT				
Entrevista 2 al AT				
Observación 1 del equipo interdisciplinario.				
Observación 2 del equipo interdisciplinario.				

7. *Analizar e interpretar la información relevada:* procederán al análisis de la información que han recolectado en todas las observaciones y entrevistas tomando en cuenta los conceptos vistos a lo largo de la cursada.

8. *Organizar el portafolio:* van a preparar un archivo que contenga todos los puntos que hemos mencionado en esta tercera parte de la práctica formativa, los mismos están contenidos en la escala de apreciación. Este archivo deberá tener el nombre de cada estudiante y práctica formativa parte cuatro. La fecha de entrega por el foro será informada por el tutor docente.

9. *Tutorías obligatorias no presenciales distribuidas en instancias semanales de una hora de duración:* el tutor docente les va a proponer ocho tutorías virtuales de asistencia obligatoria, los días y horarios serán informados por el foro. En estas tutorías se trabajarán todos los puntos de la tercera parte de la práctica profesionalizante de forma pautada, elaborando las entrevistas y observaciones y planteando las dudas que tengan al respecto. Se incentivará al estudiante al intercambio entre los compañeros promoviendo un proceso de reflexión acerca de la práctica en contextos reales.

UNIDAD 7: LA COMUNICACIÓN VERBAL Y LA NO VERBAL EN EL ÁMBITO LABORAL.

FUNDAMENTACIÓN DE LA UNIDAD 7:

La palabra “comunicación” ha tenido diferentes acepciones a lo largo del tiempo. Durante el siglo XVI comunicar era sinónimo de transmitir no sólo información, sino también cualidades y enfermedades.

La comunicación es básica en la vida del sujeto porque contribuye a satisfacer necesidades.

A lo largo de la presente unidad veremos cuáles son los axiomas de la comunicación que nos permiten pensar la relación profesional-paciente desde el vector comunicativo, enriqueciendo el vínculo terapéutico.

La importancia de repensar los procesos de la comunicación y los diferentes circuitos por donde ésta circula reside en la operatividad de las intervenciones del AT, de qué manera transmitimos las consignas, cómo las decodifica el paciente, qué se dice más allá de lo que se dice: la metacomunicación.

El sentido de pensar en los procesos comunicacionales nos posiciona en el lenguaje como eje central de la organización de nuestra vida social. La comunicación es fundamental para la constitución subjetiva y para la tarea correctora, así como también forma parte del mismo proceso de aprendizaje del sujeto.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD 7:

- Determinar la importancia de la comunicación dentro del vínculo terapéutico AT-paciente.
- Comprender los diferentes tipos de comunicación existentes y cómo se pueden pensar en relación con el ámbito laboral del AT.

7.1 LA COMUNICACIÓN HUMANA.

En la **relación terapéutica** debemos considerar que las **instituciones** y los **parámetros socioculturales** vigentes afectan al comportamiento del sujeto.



Se consideran al **lenguaje** y a la **comunicación** como cuestiones centrales en la organización de la vida social de las personas, y como elementos fundamentales ya que constituyen el proceso de aprendizaje de cada sujeto.

Como AT debemos pensar en el análisis del **discurso verbal y del no verbal**, inscriptos en los procesos de vinculación intersubjetiva y en la relación terapéutica.

Decimos que la comunicación es básica porque contribuye a **satisfacer necesidades**. La primera comunicación del sujeto es el llanto del bebé: perdida la homeostasis del vientre materno (el estado de equilibrio donde nada le falta), la necesidad, por vía del dolor (hambre), lo obliga a comunicarse mediante el llanto.

A lo largo de un proceso de mutua adaptación la madre va comprendiendo y **decodificando** los diferentes significados del llanto de su hijo: el bebé **emite señales** y la madre les otorga una **significación**, por lo que se transforman en **signos**.

Para analizar el **fenómeno comunicacional** hay que tener en cuenta el **contenido** del mensaje y además hay que pensar el cómo y el quién se ese mensaje, eso que llamamos **metacomunicación**.

Cuando se producen **malentendidos o contradicciones** decimos que existen ruidos en la comunicación.

Los **tipos de comunicación** que se pueden dar son:

1. *De uno hacia todos*: en el caso de la grupalidad, este tipo de comunicación puede generar la dependencia hacia el líder. Esta modalidad también puede ser observada en las familias que tienen a uno de sus integrantes cumpliendo el rol de líder, bastante paternalista.
2. *De todos hacia uno*: en la grupalidad, este tipo de forma de comunicarse implica el riesgo de que uno de los integrantes pueda ser tomado como chivo expiatorio, depositando en ese integrante un quantum de ansiedades que se le atribuyen, pero que son de toda la familia. Es el caso de la “oveja negra” de la familia, o el enfermo que ha sido internado.
3. *Entre dos*: se da en el cara a cara entre dos sujetos, pudiendo estar dentro de una relación grupal o no.



Cuando trabajamos con el paciente y con la familia, lo ideal es que la comunicación sea dada de todos con todos, así el que habla es escuchado por el resto del grupo produciéndose una comunicación fluida, con intercambio y **feedback o retroalimentación**.

La comunicación permite que cada participante ponga en juego lo suyo, intercambiando con el otro; esto facilita la transformación no sólo de un integrante sino la de todos. Este intercambio genera un proceso que posibilita el **aprendizaje** de todos los que intervienen, y una **transformación subjetiva**.

En la medida en que se produzca la comunicación entre sujetos, cada uno de éstos tendrá otros elementos, otras informaciones. Se comunica con los otros a través de conductas.

Las **conductas** son componentes que intervienen en el desarrollo del sujeto y se manifiestan en acciones; son aquellos componentes psicológicos del sujeto que es un ser biopsicosocial, y esto nos permite ver cómo se conduce con otros.

Cuando vemos que alguien no se conduce como acostumbra, inferimos que existe una **conducta desviada**. Esto significa que en algún momento su proceso de aprendizaje se ha detenido: cuando esto ocurre se genera una situación de conflicto difícil de resolver e impide la posibilidad de comunicarse.

Veamos cuales son los **modelos comunicacionales** que se han teorizado:

a. MODELO COMUNICACIONAL DE SHANNON O MODELO TELEGRÁFICO.

En el año 1950 **Shannon** plantea el primer esquema que ilustra el circuito comunicacional. Veamos:

r//

E.....c.....//.....c.....R

E= EMISOR: emite el mensaje que contiene determinada información mediante un código y a través de un canal específico.

R= RECEPTOR: es el que recibe el mensaje enviado por el emisor.

R= RUIDO: que interfiere en la comunicación.

C= CÓDIGO: debe ser común al emisor y al receptor para que se comprendan. Un ejemplo es la lengua, ambos deberán hablar el mismo idioma. Además, existen códigos lingüísticos y no

lingüísticos: los primeros son los idiomas, las formas lexicales de los grupos sociales que se construyen en función de las pautas culturales, ideológicas y étnicas. Los segundos no se basan en las letras del alfabeto, sino en otro tipo de caracteres: señales de tránsito, el semáforo, el código Morse, etc.

CANAL: los mensajes se transmiten a través de canales que permiten que E pueda encodificar el mensaje y R pueda decodificarlo. Los canales son variados, puede ser el aire ya que la palabra oral necesita del aire para que los sonidos se transmitan, puede ser visual, que tiene que ver con la luz, ya que si estuviéramos a oscuras habría mensajes que no podríamos decodificar.

Este modelo es conocido como **“lineal”** pues el mensaje circula linealmente desde un punto de partida (E) hasta un punto de llegada (R).

El modelo nos decía que alguien emite un mensaje, y otro lo recibía. Intervénía un mensaje, que viajaba por un canal determinado y con un código adecuado para ser entendible. Este modelo también se lo conoció como la Aguja Hipodérmica, ya que al receptor se le inyectaba un mensaje que generaba diferentes efectos.



Sabemos hoy que esto no sucede, ya que el que recibe, también emite y viceversa y que lo que se emite no obliga al receptor a hacer aquello que le dicen.



La comunicación es un **diálogo**, alguien dice algo y hay otro que lo interpreta y dice otra cosa, e intercambian opiniones, y crean sentidos y circulan otros. La comunicación se complejiza, se extiende y circula: **nunca es lineal**.

b. MODELO ORQUESTAL.

Surge en contraposición al modelo anterior, en la Escuela de Palo Alto en California. Implica otra manera de comprender la comunicación humana. Los exponentes de esta escuela son: **Bateson, Beavin y Watzlawick**.

Este modelo se llama “orquestal” porque cada persona involucrada en el proceso interaccional forma parte de la comunicación, así como los músicos forman parte de una orquesta, y nadie es el origen ni el fin de la misma.



Para este modelo comunicar significa **participar y compartir** con otro la información. En toda interacción humana hay circulando no sólo un mensaje, sino un **flujo de información**.

Se considera al comportamiento como un sistema donde la palabra es sólo un subsistema.



La comunicación es un **proceso social complejo y permanente** que ocurre en un contexto determinado, integrando diversos modos de expresión del comportamiento: la palabra, lo gestual, la tonalidad de la voz, la mirada, la distancia personal, etc. todo lo que acompaña al proceso comunicativo.

Los **componentes de la comunicación no lineal o compleja** son los siguientes:

- ✓ *Lo kinésico*: los gestos que acompañan a lo verbal.
- ✓ *Lo proxémico*: la distancia interpersonal durante la comunicación.
- ✓ *La entonación*: el modo en el que son dichas las palabras.
- ✓ *La actitud corporal*: la forma en la posición del cuerpo acompaña los mensajes del sujeto.
- ✓ *La metacomunicación*: la comunicación acerca de la comunicación.
- ✓ *Lo contextual*: el entorno, el espacio concreto donde se desarrolla la comunicación.

Este modelo incluye la **complejidad** en el circuito comunicacional. Enriquece el propuesto por Shannon e integra todas las dimensiones subjetivas que participan como una totalidad dentro de dicho circuito.

El diagrama planteado por este modelo se asimila al siguiente:



Por lo expuesto anteriormente, la comunicación no puede ser reducida a un esquema de E-R-M Y C.

De esta forma, nos queda que:

- No siempre lo que se dice, significa lo mismo para todos, ni en cualquier momento.
- Que la comunicación tampoco es inocente en la relación entre actores.

*“Los mensajes y discursos están inscriptos en una **trama sociocultural** que opera en el momento de la producción, pero también en el momento de la recepción. Esa trama es el tejido social que va determinando el significado de los mensajes y que a su vez es modificado por éstos. Y además está el tema de la estructura social; todos pensamos y hablamos desde una situación en el escenario económico, político y cultural, que quiere imponer intereses y objetivos en la relación con los demás”.*²³



La comunicación **legítima o deslegítima identidades**, tanto por inclusión como por exclusión. Y en el ámbito familiar es la que va a fortalecer los rasgos identitarios para los que forman parte de ella, como el acercamiento y la empatía de aquellos que no.

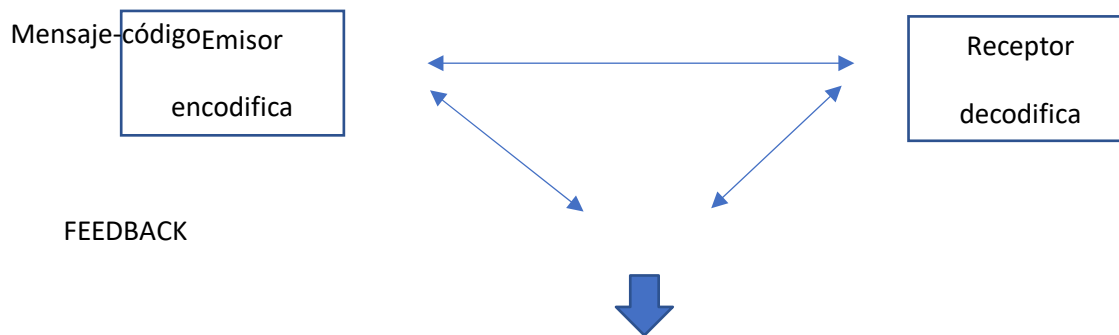
7.2 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN.

Podemos decir que un sujeto no comunica, sino que participa de una comunicación o se convierte en parte de ella.

El estudio de la comunicación humana se divide en:

1. *Sintáctico*: estudia los problemas relativos a la transmisión de información, el ordenamiento de las palabras, ya que su armado permitirá decodificar más claramente el mensaje del receptor.
2. *Semántico*: problemas relativos al significado. El aspecto que desde la significación tienen las palabras o códigos de signos que significan ideas o cosas, pero que además tienen un significado dentro de las palabras de las cuales hay un contenido.
3. *Pragmático*: interacción concreta que se da entre los sujetos que no pasa sólo por el lenguaje, sino por todos los elementos que funcionan en este campo, que se transforma en un campo psicológico porque condiciona la conducta del sujeto. Al ver el funcionamiento de dos personas que están en una situación de comunicación pragmática, juntas en una situación determinada, vemos cómo se influyen mutuamente, ninguno de los sujetos puede hacer sin tener en cuenta al otro.

²³ Balán, E; Jaimes, D; Alegría, H; Borri, N (2007) *Barrio Galaxia. Manual de Comunicación Comunitaria*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Tierra, 3ra edición.



Retroalimentación por la interacción: *el que emite también decodifica y viceversa.*

En este esquema, relacionado con el modelo comunicación complejo, vemos que la comunicación siempre circula a doble vía, de ida y de vuelta. En este caso decimos que existe un **feedback o retroalimentación**, quien ha respondido se convierte ahora en emisor.

Entre dos personas o más que se encuentran cara a cara y en el mismo lugar, la comunicación es cara a cara, el **feedback** es inmediato no sólo por las palabras sino también por los gestos, la postura corporal, las miradas.

Este feedback puede ser:

- **Negativo:** no produce cambios en el interlocutor, ni modificaciones.
- **Positivo:** produce cambios, modificaciones y amplía el mensaje.

La comunicación **modifica** y ayuda a construir el mundo de sentidos en el que nos desarrollamos como sujeto. Esta experiencia genera distintos tipos de aprendizajes en nuestras vidas. Son conceptos que nos atraviesan todo el tiempo y nos configura en nuestra vida social.

En este sentido, vemos a la comunicación (*no toda*) como un **proceso educativo** que modifica nuestras prácticas, nuestras identidades, nuestras configuraciones. La relación de aprendizaje se genera en cada momento en donde instalamos un nuevo concepto, una visión distinta de las cosas a las que estamos naturalizados, y que sin embargo son parte de una construcción intencional y consensuada.



El At interviene en el proceso de la comunicación en el cual **influye** sobre el paciente y sobre la familia en determinado contexto social, así como estos últimos **influyen y modifican** al AT mismo.

Sostenemos que en la **relación terapéutica** se produce un **proceso de aprendizaje** que no sólo estaría ligado a la apropiación de conceptos teóricos, si correspondiera el caso, sino a una forma determinada de concebir el mundo, y a un saber hacer propio de todos los implicados en el

proceso que modifica sus estructuras previas. Podríamos pensar la intervención del AT como un **HECHO EDUCATIVO**, aunque no aúlco.

¿Porqué?

Veamos...



*“Centramos nuestro análisis en **el hecho educativo**. En este último alguien de alguna manera se construye, desde la enseñanza o desde el aprendizaje, se apropia del mundo o de sí mismo. Y para ello lo hace a través de una violencia que ejerce o se le ejerce (abierta o sutil), o bien en una relación humana rica en comunicación. Toda educación, sea de niños, adolescentes, adultos o ancianos, se orienta a la construcción y la apropiación. Es esa la clave de un hecho educativo.”²⁴*



Parte de nuestra mirada, y de cómo pensamos la comunicación en, de y desde el dispositivo terapéutico, tiene que ver con la **relación de aprendizaje** que generan nuestras conductas, no sólo en la forma de construirlas en la dinámica de trabajo interna que asumimos (desde la actitud psicológica), sino en la **modificación** que se genera en nosotros mismos a partir de los nuevos sentidos elaborados.

En definitiva, hablamos de cómo **la construcción de una red comunicacional** que incluye al AT, al paciente y a la familia nos modifica, nos altera, nos construye, y a la vez interviene en el escenario discursivo de la cotidianidad, en la **disputa de sentido**.

Dice **Washington Uranga**²⁵ sobre la comunicación:

*“Estamos hablando de la comunicación como **interacción social**. Mediante la comunicación se construye una **trama de sentidos** que involucra a todos los actores, sujetos individuales y colectivos, en un proceso de construcción también colectivo que va generando claves de lectura comunes, sentidos que configuran modos de entender y de entenderse, modos interpretativos en el marco de una sociedad y de una cultura.”*

Si volvemos sobre el concepto de **sujeto biopsicosocial**, debemos tener en cuenta la comunicación como una **dimensión subjetiva en sí misma**, como un modo de vinculación que se sostiene a partir de la fantasmática presente en la relación terapéutica (tanto para el paciente como para el AT).

²⁴ Prieto Castillo, D: (1999) *La Comunicación En la Educación*. Buenos Aires, Ediciones La Crujía.

²⁵ Uranga, W. *Mirar desde la Comunicación. Una manera de analizar las prácticas sociales*. Apunte de cátedra.

De una forma intencionada o no, comunicamos, y este hecho es así porque, estamos en continua interacción con nuestro entorno.



La comunicación es, por tanto, un **proceso continuo** por el cual una persona puede **afectar** a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos.

La **relación de ayuda** uno de los participantes intenta hacer surgir una mejor apreciación y expresión de los **recursos latentes** del individuo y un uso más funcional de esos recursos.

Inscripto en la relación de ayuda se encuentra **el operar** en el sentido de interactuar para que las personas a utilizar sus propios recursos para afrontar sus problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos.

Para que haya relación de ayuda tiene que haber comunicación, esta debe ser **efectiva** para poder originar un correcto proceso terapéutico, y un adecuado proceso de relación de ayuda enfermero- paciente. Dicho de otro modo, es un pilar fundamental en el desempeño del rol profesional.

Cuando interactuamos con nuestros pacientes actuamos como receptores en el proceso de comunicar, por lo que debemos saber escuchar, ser asertivos, empáticos, no emitir juicios de valor, basarnos en el respeto, utilizar **el feedback**...y, en definitiva, ser auténticos, definiéndose la autenticidad según **Rogers** como la afirmación de que *“uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos. Es ser sincero y honrado consigo mismo”*.

7.3 MODELOS DE COMUNICACIÓN: ANALÓGICA Y DIGITAL.

Existen dos **tipos de comunicación**:

1. **Comunicación analógica:** recurre a las imágenes y al lenguaje corporal, gestos, mirada, postura corporal. Es llamada también **comunicación no verbal**.

Cuando hablamos con otro sujeto, sólo una pequeña parte de la información que obtenemos de esa persona procede de sus palabras: entre el sesenta y el setenta por ciento de lo que comunicamos lo hacemos mediante el lenguaje no verbal; es decir, gestos, apariencia, postura, mirada y expresión.

La comunicación no verbal: se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas...), sonidos, gestos, movimientos corporales, etc.



Características de la comunicación no verbal:

- Mantiene una relación con la comunicación verbal, pues suelen emplearse juntas.
- En muchas ocasiones actúa como reguladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.
- Los sistemas de comunicación no verbal varían según las culturas.
- Generalmente, cumple mayor número de funciones que el verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones.

Entre los sistemas de comunicación no verbal tenemos:

- El lenguaje corporal:* son los gestos, movimientos, el tono de voz, la ropa, el maquillaje, el olor corporal forman parte de los mensajes cuando nos comunicamos con los otros.
- El lenguaje icónico:* código Morse, códigos universales (sirenas, Morse, Braille, lenguaje de los sordomudos), códigos semiuniversales (el beso, signos de luto o duelo), códigos particulares o secretos (señales de los árbitros deportivos, juegos de cartas).

2. **Comunicación digital:** emplea la lengua, el discurso, la palabra. Es llamada **comunicación verbal**.

Tiene dos formas:

- oral:* a través de signos orales y palabras habladas.
- escrita:* por medio de la representación gráfica de signos.

Los gritos, silbidos, llantos y risas pueden expresar diferentes situaciones anímicas y son una de las formas más primarias de la comunicación, la más evolucionada es el lenguaje articulado, los sonidos estructurados, palabras y oraciones.

Vemos entonces que los mensajes emitidos y recibidos transcurren **por canales digitales o por canales analógicos**. Cuando no coincide la comunicación analógica con la digital nos encontramos en lo que se llama **“doble mensaje”**, que suele generar **malos entendidos**.

Por ejemplo: cuando queremos decir algo, pero nuestro cuerpo expresa lo contrario, diciendo “qué gusto verte” con cara de enojo o fastidio.

Como **sujetos comunicacionales** siempre emitimos y recibimos estos doble mensajes, en algunos lo que lo desmiente está en la palabra (lo digital) y en otros en lo gestual (analógico). Esto sucede porque lo corporal se manifiesta continuamente, incluso en contra de nuestra voluntad. La postura, el lugar desde donde nos ubicamos, los gestos de la cara. Nuestros movimientos son signos que pueden apuntalar o cancelar lo que decimos oralmente.

Si buscamos en el diccionario la palabra “mesa” encontraremos una descripción completa, pero para cada uno de nosotros habrá una connotación diferente. La mesa del comedor de la casa materna tiene una carga afectiva que no se encuentra en su denotación, que no tiene en cuenta el diccionario.

Otro par de categorías lo forman el par **contenido y relación**.

Imaginemos a una pareja que, en trámite de divorcio, discute dos horas a propósito de un velador. Allí el **contenido** es el velador, y la **relación** es el objeto subyacente sobre el que discuten efectivamente: el vínculo. Allí hay un plus de sentido. Se trata de algo que llamamos **metamensaje**, el mensaje oculto detrás de las palabras, algo respecto de una segunda intención.

El esquema de contenido-relación sería el siguiente:

MENSAJE



A su vez podemos afirmar (y quién no recuerda alguna anécdota) que todo proceso de comunicación se encuentra interferido, o con ciertos **vicios comunicacionales**. Veremos de qué se trata entonces...

En toda comunicación existe un nivel de **interferencia o de ruido**, desde la Psicología Social a este concepto se lo llama **“tercero”**, pues el ruido vincular está encarnado en la persona de alguien.

Veamos qué es lo que queremos decir para evitar el malentendido...



El **“tercero”** es un personaje interno, **una representación**, un recuerdo de alguien vivo o muerto, que se interpone en el vínculo entre dos personas.

El **prejuicio**, el **preconcepto**, funcionan como **ruido** en la medida en que introducen **distorsiones** en la búsqueda del código común. También los podemos observar en las familias.

Presuponer algo del otro **distorsiona la comunicación**.

Un mensaje incompleto configura asimismo una perturbación de la comunicación. Veamos un ejemplo:

- ¿Sabés que me separé?
- Hiciste bien, era una mala mujer que te era infiel.
- No, me separé de mi socio.

Para la Psicología Social todo vínculo es **bicorporal y tripersonal**, esto quiere decir que se trata de dos cuerpos y tres personas, siempre desde la perspectiva de uno de ellos, ya que desde la del otro, el tercero es “otro”. Al conocer a alguien no vemos al sujeto real, sino al que nos remite. Esta circunstancia instituye al tercero, que en la comunicación encarnaría al ruido, la interferencia.

Los ruidos comunicacionales son **externos o internos**.

- *Externos*: los ruidos de un coche o una moto que pasa por la calle.
- *Internos*: son de carácter psicológico. Por ejemplo: en un colegio secundario un profesor entra al aula y dice “saquen una hoja”, se instala en la división un silencio sepulcral, pero, internamente, en cada uno de los estudiantes hay un alboroto ensordecedor, el miedo a la prueba, culpa por no haber estudiado, una estimación de lo que cada uno sabe o no sabe. El prejuicio es otro ejemplo de ruido interno.

Paul Watzlawick ha enunciado una serie de axiomas o pautas en base a los cuales se desarrolla su Teoría **de la Comunicación Humana**. Veamos cuáles son los postulados del primer **axioma de la comunicación**, el que más nos interesa en este apartado:



La imposibilidad de no comunicar.



Es imposible no comunicarse.

Aun cuando no queremos responder, en nuestro silencio se deslizan una gran cantidad de **significados** posibles (molestia, enojo, miedo) lo mismo sucede si no miramos a nuestro interlocutor, siempre estamos comunicando.

Hay una propiedad de la conducta que es básica: no hay nada que sea lo contrario de conducta, no hay no-conducta, es imposible no comportarse. Toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es comunicación, se deduce que por muchos que uno lo intente, no puede dejar de comunicar.

Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican. La ausencia de palabras o de atención mutua no constituye una excepción, el hombre sentado en un restaurante, con la mirada perdida en el vacío, o el pasajero de un avión que permanece sentado con los ojos cerrados, comunican que no desean hablar con nadie o que alguien les hable, y sus vecinos por lo general “captan el mensaje” y responden de manera adecuada, dejándolos tranquilos. Evidentemente, esto constituye un intercambio en la misma medida que una acalorada discusión.

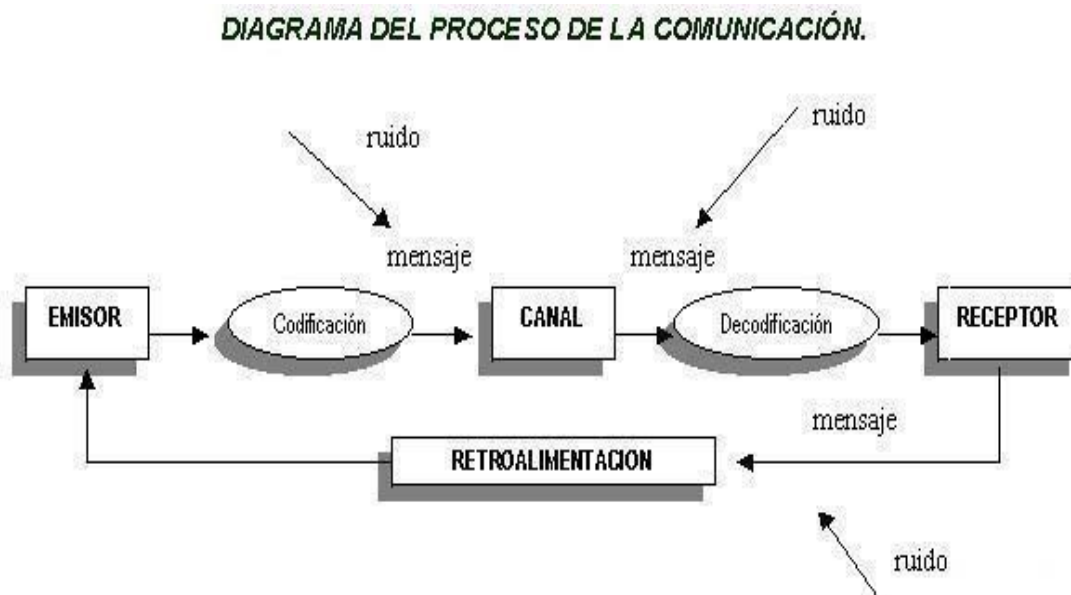


La comunicación no sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente, eficaz, o cuando se logra un entendimiento mutuo.

La imposibilidad de no comunicarse constituye una parte del “**dilema**” **esquizofrénico**: parecería que el esquizofrénico trata de no comunicarse, pero incluso el sinsentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad (**silencio postural**) o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación. El esquizofrénico enfrenta la tarea imposible de negar que se está comunicando y, al mismo tiempo, de negar que su negación es, una comunicación. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor; el esquizofrénico se comporta como si evitara todo compromiso al no comunicarse.



El **proceso comunicacional** sigue el siguiente diagrama, que incluye todos los elementos básicos de la comunicación:



Sintetizando...

La comunicación es la actividad consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas. Los pasos básicos de la comunicación son la formación de una intención de comunicar, la composición del mensaje, la codificación del mensaje, la transmisión de la señal, la recepción de la señal, la decodificación del mensaje y finalmente, la interpretación del mensaje por parte de un receptor.

Se da dentro de un contexto determinado: fuera de éste habrá elementos que no se podrás descifrar ni interpretar. La comunicación siempre considera la relación existente entre todos los componentes dentro de un contexto mayor, que la contiene y le da sentido, permitiendo que los sujetos de esa relación organicen su experiencia e interpreten el mundo.



ACTIVIDAD OBLIGATORIA DE LA UNIDAD 7:



Les recordamos que la participación en el foro en cuanto a las dudas, inquietudes o consultas que surjan durante su resolución forman parte del proceso de aprendizaje del estudiante, por lo que hacemos hincapié en la necesidad de compartir mediante el foro y en fomentar la interacción entre los compañeros y el docente.

Por tal motivo los invitamos a todos a debatir en el foro de debate de la materia los conceptos que hemos estudiado a lo largo de la unidad, ya que el debate participativo en el aula virtual genera la puesta en común de un saber y un conocimiento que se construye colectivamente.

Consigna:

1. Les proponemos mirar detenidamente el siguiente video



<https://www.youtube.com/watch?v=XQJ6iyt2tfA>

2. En base a lo que han podido reflexionar con el video, les proponemos responder el siguiente cuestionario:
 - a. ¿Qué tipo de comunicación es la que pueden identificar en el video y cuáles son sus características?
 - b. ¿En qué momento o momentos identifican el “ruido” en la comunicación en el video presentado?
 - c. ¿Qué tipo de ruido es el que identificaron?
 - d. Analizar el siguiente párrafo de W. Urrutia: “*Estamos hablando de la comunicación como **interacción social**. Mediante la comunicación se construye una **trama de sentidos** que involucra a todos los actores, sujetos individuales y colectivos, en un proceso de construcción también colectivo que va generando claves de lectura comunes, sentidos que configuran modos de entender y de entenderse, modos interpretativos en el marco de una sociedad y de una cultura.*”
3. Las respuestas deberán ser subidas al foro de debate de manera encadenada, una detrás de la otra. Los invitamos a leer las actividades de los compañeros de cursada para enriquecer el proceso de intercambio en el foro virtual.



GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 7:



Les recordamos que no es obligatorio subir al foro la guía de autoevaluación, sino que la realización de esta tiene como objetivo repensar los conocimientos adquiridos a lo largo de la unidad fomentando su aprendizaje y reafirmación. Si tienen alguna duda pueden comunicarse al foro general de la cursada, debatir con sus compañeros o realizar una consulta al tutor docente de la asignatura.

Consigna:

Responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Por qué decimos que la comunicación es básica en el sujeto?
2. ¿Quiénes son los que intervienen en el proceso comunicacional y cómo es el circuito que recorre la comunicación?
3. ¿Qué es el feedback?, ¿cuál es su importancia dentro de la comunicación y qué tipos conoces?
4. ¿Cómo se relaciona la comunicación con el proceso de aprendizaje?
5. ¿Cuáles son los modelos comunicacionales que se mencionan?
6. Realizar un cuadro comparativo entre los modelos del punto anterior.
7. ¿Cuáles son los componentes de la comunicación no lineal o compleja?
8. ¿Por qué es importante pensar los mensajes dentro de una determinada trama sociocultural?
9. ¿Por qué definimos a la comunicación como un hecho educativo?
10. Describir y ejemplificar la comunicación analógica y digital.

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA

- Balán, E; Jaimes, D; Alegría, H; Borri, N (2007) *Barrio Galaxia. Manual de Comunicación Comunitaria*. Pág. 25 a 31. Buenos Aires, Ediciones Nueva Tierra, 3° edición.
- Watzlawick, P (1991) *Teoría de la Comunicación Humana*. Cap. 2 “Algunos axiomas exploratorios de la comunicación.” Barcelona, Editorial Herder.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Prieto Castillo, D (1999) *La Comunicación en la Educación*. Cap. 3 “Comunicabilidad de instancias de aprendizaje”. Buenos Aires, Ediciones La Crujía.
- Uranga, W. *Mirar desde la Comunicación. Una manera de analizar las prácticas sociales*. Apunte de cátedra.

PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE I

CUARTA ETAPA: desarrollo de las prácticas en contextos reales.

<u>Práctica Profesionalizante.</u> La misma es individual y de carácter obligatorio. Está orientada a la construcción de conocimientos y a favorecer la internalización de los conceptos a través del análisis crítico de los casos propuestos.
--

Cuarta etapa: Cierre y evaluación de la experiencia			
- Cierre de las actividades de observación en la entidad oferente. - Analizar e interpretar la información relevada en las visitas y entrevistas. - Elaborar un informe sobre el rol del A.T. en contextos reales - Presentar el informe con el proyecto elaborado, bajo la orientación del docente., en la entidad receptora	Análisis y reflexión individual y grupal Trabajo colaborativo Practica del rol profesional	Instituto Campus virtual	8 horas <i>Práctica profesionalizante</i>
Segunda tutoría obligatoria presencial Intercambio sobre situaciones de la práctica - Integración de los conocimientos construidos durante las prácticas Profesionalizantes - Abordaje de los problemas presentados en las observaciones y las entrevistas. - Autoevaluación y evaluación	Trabajo grupal	Instituto	3 horas <i>Tutorías</i>
- Segunda instancia de evaluación parcial a distancia: Informe Final	Trabajo independiente	Espacios propios del estudiante	3 horas <i>Evaluación</i>
- Evaluación final presencial: defensa del Informe final.	Evaluación presencial	Instituto	2 horas <i>Evaluación</i>
Total carga horaria			100 horas reloj

INFORME FINAL:

El informe final comprenderá una síntesis del trabajo desarrollado durante la práctica Profesionalizante I, las etapas y las acciones realizadas, dificultades y logros; además se incluirán los conocimientos construidos sobre el rol del acompañante terapéutico y sus problemáticas, con conclusiones e interpretación de la realidad observada.

Se enviará el informe final al profesor tutor del espacio curricular, en la Segunda Evaluación Parcial Obligatoria a distancia. Una vez aprobado el estudiante podrá realizar su defensa en la Evaluación Final Presencial Obligatoria.

1. *Segunda tutoría obligatoria presencial:* les vamos a proponer la segunda instancia de tutoría presencial de carácter obligatorio. En este encuentro trabajaremos los siguientes puntos:
 - a. *Intercambio sobre situaciones de la práctica:* a partir de la experiencia en el campo van a conformar equipos de hasta cuatro integrantes y van a debatir acerca de su experiencia en el campo.
 - b. *Abordaje de los problemas presentados en las observaciones y las entrevistas:* a partir de las experiencias que han compartido, van a realizar un role playing de una experiencia por equipo para representar y luego debatir conjuntamente.
 - c. *Autoevaluación y evaluación:* les solicitamos confeccionar un análisis FODA a partir de la experiencia transitada en el campo y en el aula virtual. En este momento vamos a realizar una actividad de intercambio y reflexión sobre la práctica realizada a lo largo del cuatrimestre, con una evaluación y autoevaluación del proceso del estudiante. Utilizarán el siguiente modelo para elaborar la matriz:

Fortalezas (¿cuáles fueron sus fortalezas en el transcurso de la observación y entrevista?)	Amenazas (¿qué amenazas externas a ustedes debieron afrontar para llevar el trabajo adelante?)
Debilidades (¿cuáles fueron sus debilidades en el transcurso de la observación y entrevista?)	Oportunidades (¿Qué posibilidades de avance tuvieron en el transcurso de las actividades?)

2. *Analizar e interpretar la información relevada en las visitas y entrevistas:* en forma grupal van a proceder al análisis de las entrevistas realizadas y las observaciones por medio del foro virtual.
3. *Elaborar un informe sobre el rol del A.T. en contextos reales:* luego del análisis grupal van a preparar un análisis acerca del rol del Ata la luz de las reflexiones del punto anterior (actitud y aptitud psicológica del profesional, empatía, congruencia, escucha empática, aceptación incondicional, etc) los puntos 1, 2 y 3 deberán ser presentados por el foro virtual en el momento en que el tutor docente lo indique.
4. *Presentar el informe con el proyecto elaborado bajo la orientación del docente en la entidad receptora:* cada estudiante del equipo deberá adjuntar un informe para ser elevado a la organización que lo ha recibido en las observaciones y entrevistas.
5. Segunda instancia de evaluación parcial a distancia: Informe Final. Les recordamos que todo el material que han trabajado (redacción de informes, entrevistas, observaciones) integra su portafolio; este material formará parte de la segunda instancia de evaluación parcial obligatoria a distancia con la confección el INFORME FINAL. Van a confeccionar de manera individual un informe final con el siguiente formato:

INFORME FINAL					
ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE	CRONOGRAMA	APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO		AUTOEVALUACIÓN	CONCLUSIONES TEÓRICAS FINALES
	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN	LOGROS	OBSTÁCULOS		
Actividades de la primera etapa					
^o Actividades de la segunda etapa					
Actividades de la tercera etapa					
^o Actividades de la cuarta etapa					
Registro anecdótico de las observaciones y entrevistas					
Registro vivencial de las observaciones y entrevistas					
Escala de apreciación de las observaciones y entrevistas					
Lista de cotejo de las observaciones y entrevistas					
^A Análisis e interpretación de datos					

6. *Evaluación final presencial y defensa del Informe final:* Les recordamos que en esta etapa del trabajo vamos a contar con la segunda tutoría presencial obligatoria. En la evaluación final presencial obligatoria procederán a la defensa del informe final que ha redactado cada uno de ustedes.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA

- Ander Egg, E (1993) *Técnicas de Investigación Social IV*. Buenos Aires, Editorial Magisterio del Río de la Plata.
- Audisio, Samanta. (2017) *La inclusión desde el acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Argentina. Bonum.
- Pulice, G. (2020) *Acompañamiento terapéutico y Psicosis. Articulador de lo real, simbólico e imaginario*. Buenos Aires:Argentina. Letra Viva Editorial.
- Pulice, Gabriel. (2019) *Fundamentos Clínicos de Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Argentina. Letra Viva.
- Saliche, Sergio: (2021) *Introducción al Acompañamiento Terapéutico*. 7ª edición. Buenos Aires: Argentina. Letra Viva.
- White, Michael; Epston, David. (2016) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Argentina. Paidós.
- Balán, E; Jaimes, D; Alegría, H; Borri, N (2007) *Barrio Galaxia. Manual de Comunicación Comunitaria*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Tierra, 3º edición.
- Bleger, J. (2007) *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Knapp, M (1982) *La Comunicación no Verbal, el Cuerpo y el Entorno*. Barcelona, Editorial Paidós Ibérica.
- Kuras de Mauer, S. ; Resnizky, S. (1985) *Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica*. Buenos Aires, Editorial Trieb.
- Kuras de Mauer, S. ; Resnizky, S. (2013) *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.
- Mearns, D. ; Thorne, B. (2009) *Counseling Centrado en la Persona en Acción*. BuenosAires, Gran Aldea Editorial.
- Pulice, G. (2014) *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires, Editorial Letra Viva.
- Sálíche, Sergio (2021) *Introducción al Acompañamiento Terapéutico*. 7º edición. Buenos Aires: LetraViva Editorial.
- Rossi, G. (2013) *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las Redes y sus Interlocutores*. Buenos Aires, Polemos Editorial.
- Rogers, C. (1972) *El Proceso de Convertirse en Persona*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Watzlawick, P. (1991) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona, Editorial Herder.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Fernández Zalazar, D., Jofre, C. M. (2019). *Sociedad del Conocimiento y Accesibilidad para la Educación Inclusiva*. Madrid. España. Revista Red de Estudios Sociales
- Loyden, L. (2019) *Acompañamiento terapéutico Actualidad, notas y reflexiones*. Córdoba. Argentina: Ediciones Tinta Libre
- Vitelleschi, B. y Audisio, S.(2016) *El acompañante terapéutico en la clínica de lo cotidiano*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Bonum.

GLOSARIO DE LA ASIGNATURA

Aceptación incondicional: respeto hacia el paciente como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos.

Acting out: acciones que presentan un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habitual del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva en la que se ve la emergencia de lo reprimido.

Actitud psicológica: conjunto de los recursos psíquicos que tienen que ver con lo necesario para ejecutar el rol, pero no en el sentido teórico (esos elementos conceptuales que uno obviamente debe tener), sino con algo actitudinal. Son las condiciones que están ligadas a la conducta, a la personalidad, y que luego van a ir mezclándose con un estilo personal en función de la operación psicológica y del rol del AT.

Ámbito comunitario: el estudio de las comunidades y de la relación que poseen con los sujetos que las componen. Se representa mediante el óvalo que a su vez contiene a los otros tres.

Ámbito institucional: estudia la relación de los grupos entre sí y con las instituciones que los rigen. Los problemas típicos son los de la estructura de la familia en las diversas clases sociales (medio urbano, rural, clases adineradas, pobres) las transformaciones de la institución familiar debidas a crisis económicas, guerras, cambios de costumbres.

Ámbito psicosocial: incluye un solo sujeto y es estudiado en sí mismo, de forma autónoma. Se centra en el individuo y su conducta en función de su propio medio familiar, las reacciones de agresión y sometimiento en relación con diferentes tipos de autoridad familiar, el impacto que le significa el ingreso de nuevos miembros en la familia, sus creencias y actitudes como resultado de la educación y experiencias familiares.

Ámbito sociodinámico: toma como unidad el grupo. Se investigan los problemas concernientes a determinadas familias según determinadas circunstancias. Ejemplo: peligros exteriores que amenazan la felicidad de la familia, muerte o admisión de nuevos miembros en la familia que acarrearán cambios en las relaciones de autoridad, prestigio, etc.

Antinomia: contradicción, oposición real u aparente entre dos leyes, principios, ideas, palabras, fenómenos, entre otros. La palabra antinomia es de origen griego "*antinomia*", formada por el prefijo "*anti-*" que significa "*contra*", "*nomos*" que expresa "*leyes*", y el sufijo "*-ia*" que significa "*cualidad*".

Aptitud Psicológica: capacidad de intervención del AT en relación con lo que es apto para desempeñar: su tarea de manera legítima y legal.

Asertividad: expresión de los derechos y sentimientos personales, por lo que casi todo el mundo puede ser asertivo en algunas situaciones y absolutamente ineficaz en otras. Es la habilidad para

ser claros, francos y directos, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás, ni menospreciar la valía de los otros, sólo defendiendo sus derechos como persona.

Atención: proceso por el que la mente toma posesión, de forma vivida y clara, de uno de los diversos objetos de pensamiento que aparecen simultáneamente. Focalización y concentración de la conciencia son su esencia. Implica la retirada del pensamiento de varias cosas para tratar efectivamente otras.

Autoconocimiento: proceso dinámico, progresivo, articulado con toda la experiencia de vida. Se relaciona con los avances y retrocesos, con las crisis y sus vicisitudes. Incluye el autocontrol, la disposición al cambio, la aceptación del desafío de introspección, aprender a detectar y vencer resistencias, fortaleza para soportar la organización y desorganización que esto produce.

Comprensión Empática: conocimiento del otro recíprocamente. Ese otro es un objeto emocionalmente investido y en ese vínculo se juega mi capacidad de compartir, de participar de su mundo afectivo.

Comunicación: proceso social complejo y permanente que ocurre en un contexto determinado, integrando diversos modos de expresión del comportamiento: la palabra, lo gestual, la tonalidad de la voz, la mirada, la distancia personal, etc. todo lo que acompaña al proceso comunicativo. Legítima o deslegítima identidades, tanto por inclusión como por exclusión. Y en el ámbito familiar es la que va a fortalecer los rasgos identitarios para los que forman parte de ella, como el acercamiento y la empatía de aquellos que no. Mediante la comunicación se construye una trama de sentidos que involucra a todos los actores, sujetos individuales y colectivos, en un proceso de construcción también colectivo que va generando claves de lectura comunes, sentidos que configuran modos de entender y de entenderse, modos interpretativos en el marco de una sociedad y de una cultura.

Comunicación analógica: recurre a las imágenes y al lenguaje corporal, gestos, mirada, postura corporal. Es llamada también comunicación no verbal.

Comunicación asertiva: estrategia de comunicación que nos permite defender nuestros derechos y expresar nuestra opinión, gustos e intereses, de manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan.

Comunicación digital: emplea la lengua, el discurso, la palabra. Es llamada comunicación verbal.

Comunicación multidireccional: múltiples líneas de comunicación partiendo de cada miembro e incluyendo a cada uno de los integrantes.

Conducta: el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo. Conjunto de operaciones fisiológicas, motrices, verbales, mentales por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades.

Conducta asertiva: nos permite hablar de nosotros mismos, aceptar cumplidos, pedir ayuda, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y aprender a decir “no”.

Congruencia: estado de acuerdo interno o autenticidad del profesional; coherencia entre lo que piensa, siente, dice y hace.

Contratransferencia: es el conjunto de actitudes, sentimientos, pensamientos que experimenta el AT en relación con el paciente. Da cuenta de una relación entre el AT y el paciente de carácter interactivo, por lo que el paciente será influido por el AT y, a su vez, éste influirá por el paciente.

Coordinador: psicólogo o psiquiatra que ejerce la función de coordinar las acciones del equipo de acompañantes o al acompañante terapéutico en base a los lineamientos propuestos por el equipo.

Depositantes: son los miembros de la familia, quienes realizan inconscientemente tal depositación. Depositán y proyectan masivamente la disfuncionalidad familiar sobre el paciente.

Depositario: es el portavoz de las ansiedades familiares, el enfermo, el paciente que recibe una carga de angustia y ansiedad y se hace cargo inconscientemente de la disfuncionalidad familiar.

Descentramiento: capacidad de ponernos en segundo término, priorizando el proceso de aprendizaje del paciente, es decir, corriéndonos del centro de la escena. Se relaciona con la toma de protagonismo por parte del paciente, donde el mismo será participante activo de su proceso que será acompañado por el AT, corriéndonos del lugar del protagonismo.

Diagnóstico presuntivo: es una hipótesis desde donde se parte para pensar qué dispositivo será implementado. Su valor es orientativo de las primeras estrategias de abordaje, pero no debería ser definitivo, ya que sería rotular al paciente y cristalizar sus posibilidades de crecimiento.

Distancia óptima operativa profesional: distancia que el profesional establece con respecto al objeto de estudio, en este caso hacia el paciente, para poder operar sin perder los objetivos ni las condiciones en las cuales emergen las posibilidades del paciente mismo.

Ecpatía: es “sentir fuera”, sería el proceso mental de exclusión activa de los sentimientos inducido por otros. Es la acción mental compensatoria que nos protege de la inundación afectiva.

Equipo interdisciplinario: equipo de trabajo compuesto por profesionales de diferentes disciplinas que interactúan para determinar los lineamientos básicos de un tratamiento.

Equipo terapéutico: equipo de trabajo interdisciplinario que diseña los objetivos y lineamientos de trabajo para un paciente, compuesto por psicólogo, psiquiatra, AT.

Empatía: capacidad de percibir el cuadro de referencia interno de otras personas con exactitud y con los componentes emocionales y las significaciones que le son anexas, como si uno fuera la otra persona, pero sin perder jamás la condición del “como si”. Si la cualidad del “como si” se pierde, se tratará entonces de identificación. La percepción empática tiene una intención: poder con-sentir (sentir con), sin perder jamás la conciencia de las diferencias que nos hacen personas distintas. Actitud que regula el grado de implicación emocional con la persona del ayudado. A la vez que

requiere un proceso de identificación actitudinal, requiere además la capacidad de regular la propia vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, las propias sombras y heridas que pueden despertar con ocasión del encuentro con la vulnerabilidad ajena.

Encuadre: se define como la fijación de ciertas constantes a través de las cuales se pueden controlar y comprender las variables de la situación y el ámbito de intervención.

Escala de apreciación: conjunto de características, aspectos o cualidades que deben ser juzgadas de acuerdo con una escala que permite identificar el grado hasta el cual se ha presentado cada conducta, una cualidad o característica de esta.

Espacio transicional: espacio intermedio que no es ni el espacio exterior objetivo (por ejemplo, la madre real) ni el espacio interno subjetivo (por ejemplo, la representación interna de la madre). Este tercer espacio se sitúa en la intersección de ambos, y está ocupado por los objetos transicionales, los cuales son reales como objetos, pero al mismo tiempo son la representación de la madre ausente.

Familia: conjunto de individuos en los cuales las relaciones son personales, cara a cara, espontaneas, de larga duración, cuyas expectativas son claras, generalizadas y se mantienen unidos por un valor intrínseco: la cohesión y la adhesión de sus miembros.

Familia hipocondríaca: estructura familiar en la que prevalecen los vínculos en torno a las enfermedades de algunos integrantes.

Familia epileptoide: tipología familiar en la que prevalecen los vínculos simbióticos entre los integrantes, los roles estereotipados y la estructura cerrada.

Familia esquizoide: tipología familiar en la que predominan los vínculos desafectivizados, con tendencia a la separación y a la disolución.

Feedback o retroalimentación: proceso que forma parte de la interacción en la comunicación en el cual se da una retroalimentación en los mensajes que son emitidos y enviados dentro del sistema comunicacional.

Ficha del paciente: El registro de la información del AT, en especial cuando se constituye la ficha del paciente, es un entrenamiento en sí mismo que estimula y aumenta la capacidad de observación del mismo, a la vez que otorga continuidad a la tarea terapéutica que desempeña.

Funcionamiento óptimo de la persona: construcción de un modelo teórico de la conducta humana en el cual existiría un funcionamiento ideal de la persona que opera como una meta u horizonte que orienta la evolución de quien intenta devenir persona lo más plenamente posible.

Grupo familiar patológico: estructura familiar disfuncional que genera patología en sus integrantes, con roles confusos, límites difusos y poco claros.

Informe clínico: se caracteriza por ser un elemento de transmisión de información y de comunicación que aporta datos descriptivos de la cotidianidad del paciente durante las horas del acompañamiento. También se incluyen ideas, sugerencias y aportes en relación con el profesional que guía el tratamiento o con el equipo, ya sea el coordinador o el terapeuta.

Informe psicológico: El informe psicológico constituye una síntesis y a la vez un medio formal de comunicación entre el evaluador y un destinatario.

Identificación: negación de la empatía o identificación de un proceso psicológico por el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un tributo del otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste.

Inteligencia emocional: Capacidad de percibir y controlar los propios sentimientos y saber interpretar los de los demás.

Lista de cotejo: listado de características, aspectos, cualidades, etc. sobre las que interesa determinar su presencia o ausencia. Se centra en registrar la aparición o no de una conducta durante el período de observación. Ofrecen solo la posibilidad de ítem dicotómico y su formato es muy simple.

Lo depositado: son las angustias, situaciones inconscientes no resueltas, con carácter de enfermedad, de algo negativo. Y por esto que se le deposita, se lo segrega (internación, expulsión del hogar).

Mito del hombre abstracto: consiste en estudiar al hombre como determinado, asilado de situaciones reales, históricas y presentes en las que transcurre su vida. Cuanto más abstracto es el hombre más idénticas resultan todas las características y más fijas, eternas e inmutables las categorías que se elaboran.

Mito del hombre asilado: supone al hombre como un ser no social, asilado, que asimila con esfuerzo y gradualmente la necesidad de relacionarse con otros. Para explicar las razones por las cuales los sujetos entran en contacto con otros se emitió la hipótesis de un instinto gregario o de una energía especial, la libido.

Mito del hombre natural: postula la existencia de un estado originario que ha sido corrompido por la influencia de la civilización. Lo socialmente adquirido es lo artificial, el estado natural del hombre es lo original, genuino o ideal.

Nivel institucional: se refiere al abordaje de la familia como institución a través del estudio de la historia familiar, de su estructura socioeconómica y de sus relaciones intergrupales con otras familias, el vecindario, el barrio, el club, la iglesia, etcétera.

Nivel psicosocial: se refiere a las relaciones del paciente con cada uno de los otros miembros del grupo familiar. El análisis de los vínculos permite mejorarlos, ya que al “curarse” el enfermo a su vez “cura” a los demás a través de sus cambios de actitudes)

Nivel sociodinámico: Se refiere al abordaje del grupo en su totalidad y al estudio de la dinámica grupal. Pueden aplicarse aquí las técnicas grupales.

Observación: técnica de investigación que se utiliza en el marco de las disciplinas sociales o humanísticas.

Observación estructurada: es aquella que requiere el establecimiento claro y preciso de cuáles serán los aspectos relevantes que orientarán al observador. Pueden efectuarse en un ambiente natural en situaciones que se producen espontáneamente o en experimentos controlados, dentro del marco de un laboratorio.

Observación participante: es aquella en la que el observador está incluido en el campo de observación y participa activamente de él.

Operación Psicológica: acto de operar que incluye los *criterios de salud, enfermedad, la concepción del hombre-mundo-sujeto de la intervención y el aprendizaje* propios del AT como agente de la operación.

Percepción: capacidad de relacionar lo que se siente con alguna experiencia pasada, es darle un significado a la sensación. Interpretación que hacemos del mundo y se consigue a través de la SENSACIÓN; pero, sin la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar nuestras sensaciones esta representación no sería completa. Por la sensación captamos los estímulos internos y externos; por la percepción los organizamos y les damos una significación.

Plan de intervención o plan de trabajo: conjunto de estrategias y actividades acordes a los objetivos que impone el equipo. Ese plan de trabajo delineará la tarea del AT en función de las necesidades propias de cada paciente.

Portavoz: integrante del grupo familiar que enferma por el conjunto de depositaciones masivas de las que se hace cargo inconscientemente en el ámbito familiar.

Profilaxis: al reducir las estructuras individuales y grupales, se hace la profilaxis de la recurrencia de un nuevo episodio en el paciente; de otro miembro que puede enfermar al mejorar el paciente; del grupo familiar en su totalidad.

Pronóstico: El pronóstico del paciente, del grupo y de la situación están dados por la estructura personal del paciente en ese momento (dinámica y funcionalmente); por la relación con la imagen que el grupo tiene del paciente; por el grado de intensidad de los estereotipos con que estos aspectos se dinamizan en el paciente y en el grupo; y finalmente por el monto de los mecanismos de segregación.

Reflexión: meditación sobre circunstancias, hechos, conceptos, etc., que realiza un sujeto voluntariamente a fin de sacar conclusiones sobre ellos. Es una condición que solo aparece en los seres humanos, en la medida en que se vincula con la capacidad de razonar e indagar cognoscitivamente el mundo exterior, los estados internos y la sensibilidad.

Registro anecdótico: descripción en forma de anécdota de un hecho ocurrido protagonizado por el paciente, que llama la atención ya que no es una conducta característica del mismo.

Registro vivencial: es pertinente para el autoconocimiento del AT. En este caso la atención está orientada al objetivo de lograr un cambio de conducta a través de la toma de conciencia y darse cuenta de las vivencias propias que permitan lograr un aprendizaje en relación con el rol.

Sensación: el procesamiento cerebral primario procedente de nuestros sentidos principales.

Situación: conjunto de elementos, hechos, relaciones y condiciones, que cubre siempre un período-fase: un tiempo.

Supervisión: espacio simbólico permite la articulación teórico-práctica para pensar y discutir acerca de inquietudes, dudas, interrogantes, puntos ciegos, efectos transferenciales y contratransferenciales inherentes a la práctica profesional.

Supervisor: psicólogo o psiquiatra que ejerce la función de supervisar las funciones del AT, así como las posibles sobreimplicaciones que presente en el abordaje de un caso determinado.

Transferencia: fenómeno central en la teoría psicoanalítica, que posibilita una direccionalidad en el tratamiento. El origen de la palabra deriva del lenguaje común, donde transferir significa el traslado de un lugar a otro. Vínculo particular que se da entre dos personas, que, diferenciándose de la relación corriente, varían desde la más tierna entrega hasta la más terca hostilidad, tomando prestadas todas sus propiedades de actitudes eróticas anteriores, ahora devenidas inconscientes.

Tratamiento: es importante romper con el primer estereotipo: la delegación del rol por el grupo y la asunción de este por el paciente. La terapia puede ser dirigida al grupo (incluido o no el paciente), tendiendo a romper los estereotipos y disminuir los mecanismos de segregación.

Variables: son los componentes relativos al proceso del paciente, sus avances y retrocesos, su aprendizaje, sus dificultades. Por esta razón se las define como proceso, ya que son un continuo devenir.

RESPUESTAS A LA GUÍAS DE AUTOEVALUACIÓN.

RESPUESTAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 1:

Les proponemos responder el siguiente cuestionario:

1. *¿Cuáles son los ámbitos de la conducta? Los ámbitos de la conducta son:*

- a. Psicosocial: centrado en el sujeto.
- b. Sociodinámico: la interacción del sujeto y la familia o los grupos.
- c. Institucional: la interacción de los grupos con las instituciones.
- c. Comunitario: los grupos en la comunidad.

2. *¿Por qué decimos que los ámbitos no son excluyentes?*

Porque somos sujetos biopsicosociales, devenimos sujeto a partir de la cultura y con otros. Cuando realicemos un acompañamiento hay que tener en cuenta los cuatro ámbitos en los cuales el sujeto despliega su conducta. Debemos considerarlos a todos en su unidad y en su interjuego, ya que todos los fenómenos son indefectiblemente sociales y el ser humano es un ser social.

3. *¿Cuáles son las características de la conducta?*

- a. Es funcional: tiene una finalidad que es la de resolver tensiones.
- b. Implica siempre conflicto o ambivalencia.
- c. Sólo puede ser comprendida en función del campo o contexto donde ocurre.
- d. Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna.

4. *¿Cuáles son las modalidades de acompañamiento existentes y cuál es la relación que se puede establecer con las áreas de la conducta implicadas?*

Medicación, traslado del paciente, internación domiciliaria, guardias en crisis, guardias pasivas, situaciones críticas, acompañamiento en instituciones, sostén en la ausencia del profesional tratante, pacientes clínico- médicos. No es posible la no conducta, por lo tanto, el paciente se va a manifestar de diferentes formas en las áreas mencionadas en el punto 1, porque la conducta es una totalidad.

5. *¿Cómo describe la dinámica familiar en torno a la adjudicación de roles estereotipados?*

En las familias con depositaciones masivas y roles estereotipados encontramos:

- a. El Depositario: es el portavoz de las ansiedades familiares, el enfermo, el paciente que recibe una carga de angustia y ansiedad y se hace cargo inconscientemente de la disfuncionalidad familiar.

b. Los Depositantes: son los miembros de la familia, quienes realizan inconscientemente tal depositación. Depositán y proyectan masivamente la disfuncionalidad familiar sobre el paciente.

c. Lo depositado: son las angustias, situaciones inconscientes no resueltas, con carácter de enfermedad, de algo negativo. Y por esto que se le deposita, se lo segrega (internación, expulsión del hogar).

6. *¿Cuáles son los aspectos que debemos considerar en un acompañamiento?*

Es imprescindible que tengamos en cuenta los mecanismos sociodinámicos que intervienen en el ámbito familiar (ámbito 2 de la conducta) para poder acercar esta información al equipo tratante, quienes realizarán el diagnóstico de situación del grupo familiar.

7. *¿Cuáles son los niveles de intervención del AT?*

a) Un nivel psicosocial: se refiere a las relaciones del paciente con cada uno de los otros miembros del grupo familiar. El análisis de los vínculos permite mejorarlos, ya que al "curarse" el enfermo a su vez "cura" a los demás a través de sus cambios de actitudes)

b) Un nivel sociodinámico: Se refiere al abordaje del grupo en su totalidad y al estudio de la dinámica grupal. Pueden aplicarse aquí las técnicas grupales.

c) Un nivel institucional: se refiere al abordaje de la familia como institución a través del estudio de la historia familiar, de su estructura socioeconómica y de sus relaciones intergrupales con otras familias, el vecindario, el barrio, el club, la iglesia, etcétera.

8. *¿Qué tipologías familiares describe Pichón Riviére?*

1. La familia epileptoide:

- elude el desplazamiento, está apegada a la tierra, sus integrantes no emigran o, si se impone el abandono del lugar natal, lo hace el grupo en su totalidad.
- La estructura familiar es cerrada, rígida, acepta con mucha dificultad el ingreso de un nuevo integrante, el que es ubicado siempre en un status inferior.
- Los roles son fijos, estereotipados. En las situaciones de duelo parecieran aglutinarse con mayor intensidad. En las fiestas muestra una excitación contrastante con su viscosidad habitual.
- El estallido de un conflicto, con características de violencia súbita y desproporcionada, es un rasgo habitual en estas familias.

2. La familia esquizoide:

- tiende a la disolución, a la ruptura progresiva de los vínculos. La unidad familiar es escasa, casi nula.
- Sus integrantes emigran frecuentemente, rompen la comunicación y desconocen la nostalgia.

3. Estructuras intermedias:

- podemos mencionar la hipocondríaca, con características relativamente similares a las del grupo epileptoide.
- El personaje central de este grupo, en torno al cual se estructura la red de comunicación, es la enfermedad.
- Los integrantes establecen entre sí vínculos de características particulares, dándose una codificación en términos de órganos.

9. *¿Cuáles son las características generales de una familia patológica?*

En general son familias resistentes al tratamiento, con bajos niveles de colaboración, una dinámica disfuncional en cuanto a los roles a su interior, altos montos de ansiedad y culpabilización.

10. *¿Cuáles son las características generales de una familia colaboradora?*

- Participan activamente en el tratamiento, están dispuestos a trabajar como colaboradores del paciente junto al AT y al equipo sin dejar de lado sus roles en el sistema familiar.
- Participan activamente de la búsqueda de soluciones positivas, tanto en el aporte de datos como en la asistencia.
- Hay un adecuado manejo de la ansiedad, con capacidad de introspección y sublimación.
- Hay un adecuado desempeño de los roles familiares, los mismos no son estáticos y permiten la delegación de tareas y responsabilidades.
- Muestran cooperación en el trabajo con los profesionales, teniendo como finalidad la reincorporación del paciente al ámbito familiar.

RESPUESTAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 2:

Les proponemos lo siguiente:

- e. Realizar un cuadro conceptual donde se consignen los roles y funciones de los integrantes de un equipo terapéutico.
- f. Determinar los aspectos más importantes de la Operación Psicológica (OP) con ejemplos en cada punto, incluyendo las características de la OP.
- g. Definir el concepto de transferencia y contratransferencia y sus diferentes tipos, citando un ejemplo en cada caso.
- h. Reflexionar acerca de la cuestión de la amistad en el acompañamiento y de la operatividad de la intervención del AT.

El terapeuta:
• Determina la modalidad del acompañamiento. • Dónde se realiza. • Si hay salidas o no. • La cantidad de horas del acompañamiento. • consulta al equipo acerca de la perspectiva más pertinente para que el AT tome el caso.
El coordinador:
• Determina las precisiones del caso. • Toma entrevistas previas con los familiares para ajustar los detalles del dispositivo. • Resuelve los horarios matutinos, vespertinos. • Organiza la rotación y duración de los turnos en cada AT. • Reúne la información que trasmite cada AT y de realizar las reuniones que sean pertinentes. • Auspicia como supervisor, aunque también la puede desempeñar otro profesional. • Centra la comunicación referente al AT con el terapeuta o equipo institucional a cargo del caso. • Evalúa en el contexto de trabajo en equipo los cambios, reducción en los horarios, etc.
El AT:
• Confecciona los informes periódicos para el equipo. • Los informes facilitan la comunicación fluida entre los integrantes del equipo. • Puede utilizar el correo electrónico, o cualquier aplicación en tiempo real del celular. • Los tipos de informe que realice pueden ser: f. Para el terapeuta. g. Para la institución. h. Para el coordinador. i. Para la obra social. j. Para el AT que toma el turno siguiente (aunque suele utilizarse un cuaderno de notas o bitácora entre los AT que atienden al mismo paciente como vía de comunicación).

b.

1. Continencia y Desciframiento: se trata de visualizar la realidad del paciente bajo nuevas perspectivas, desarrollando nuevas líneas de comprensión, elaborando una hipótesis que tienda a estimular el pensamiento y la creatividad del otro. Esto requiere que el AT trabaje su propia subjetividad, que examine las escenas internas que están siendo evocadas, dando cuenta del desarrollo de una estructura de demora, instalando un espacio de reflexión en lugar de ofrecer

respuestas inmediatas al paciente, en la situación de interacción. Esta posibilidad de demorarse con el paciente refiere a un salto cualitativo en la realidad del sujeto consigo mismo y con el contexto. La estructura de demora o capacidad de espera es un rasgo esencial de la continencia, desarrollada sobre un modelo de relación vincular originario: madre-bebé. Cuando el AT realiza una descarga inmediata frente a estímulos del paciente falla su capacidad de postergación y cae en un "acting", que si no es revisado puede obturar el proceso: actúa lo proyectado y juega el rol adjudicado en la transferencia.

2. Distancia óptima operativa: es el suficiente grado de identificación con la situación y con el paciente, pero tomando la suficiente distancia para poder operar profesionalmente sin estar sobreimplicado, sin sobreidentificarse, o quedar eventualmente paralizados por ciertas situaciones que se dan en la relación con el paciente. Un claro ejemplo sería: el paciente sabe que nuestro horario, marcado por el encuadre pactado, termina a las 17 horas; nos pide que nos quedemos una o dos horas más a lo cual accedemos sin preguntarnos el porqué de esta demanda. Otro ejemplo: ante una situación de abandono de parte del padre accedemos a prolongar el horario sin consultar al equipo, y sin tener un objetivo terapéutico que sostenga esta decisión.

Es importante el reconocimiento de situaciones transferenciales en el proceso, en las que se despliegan escenas del pasado donde paciente nos ubica en el lugar de otro. El AT no interpreta la transferencia, pero es necesario que esté al tanto de que está ocurriendo, ya que es parte del proceso terapéutico.

3. Capacidad de acción: es la posibilidad de instrumentar estrategias de acción acorde a la situación actual, con objetivos claros y con metas definidas, no por el simple hecho de hacer algo con el paciente. La capacidad de acción se relaciona con el descentramiento necesario para poder operar en base a las necesidades del paciente y con las herramientas que el AT controla y posee para operar en el campo.

4. Descentramiento: capacidad de ponernos en segundo término, priorizando el proceso de aprendizaje del paciente, es decir, corriéndonos del centro de la escena. Se relaciona con la toma de protagonismo por parte del paciente, donde el mismo será participante activo de su proceso que será acompañado por el AT, corriéndonos del lugar del protagonismo.

5. Tolerancia a la incertidumbre: ante las situaciones de crisis el AT puede sentir angustia o presión, por lo esperable de su rol. El no controlar todas las variables del proceso del paciente puede generar malestar.

6. Tolerancia a la ambivalencia: es común que el paciente experimente sensaciones contrapuestas ante la presencia del AT y ante el tratamiento en sí mismo. El AT no escapa a esas emociones, ya que por los mismos mecanismos contra-transferenciales puede sentir amor-odio en el desarrollo de su tarea.

7. Análisis de la demanda: la demanda puede surgir a partir de una carencia, daño, sufrimiento, dificultad, pérdida, o de propuestas ligadas a la promoción o prevención. La demanda tiene aspectos contradictorios en juego, explícitos o no, que hay que considerar. Unos se orientan al cambio y otros expresan una necesidad de conservar el equilibrio previo, ya estructurado y conocido.

a. La transferencia: es un fenómeno central en la teoría psicoanalítica, que posibilita una direccionalidad en el tratamiento. El origen de la palabra deriva del lenguaje común, donde transferir significa el traslado de un lugar a otro. El analizante transfiere en la figura del médico o analista (en nuestro caso, en el AT) fenómenos psicológicos del pasado, asociados a las figuras parentales de la infancia. Freud la como “el vínculo particular que se da entre dos personas, que, diferenciándose de la relación corriente, varían desde la más tierna entrega hasta la más terca hostilidad, tomando prestadas todas sus propiedades de actitudes eróticas anteriores, ahora devenidas inconscientes.”

La transferencia positiva o tierna y la negativa u hostil constituyen las dos vertientes que se tienen hacia las figuras parentales, donde se juega la ambivalencia amor-odio, que luego será proyectada hacia la figura del analista o del docente (en nuestro caso, en el AT) dada la relación asimétrica existente. La transferencia positiva surge cuando el paciente siente ciertas gratificaciones por parte del AT y se dispone hacia él con una actitud de amor, diferente de la cooperación consciente producto de la alianza terapéutica. Se compone de todos los sentimientos afectivos infantiles que se actualizan en la persona del AT. Dentro de ésta encontramos una transferencia erótica y otra de sentimientos tiernos.

La transferencia negativa se produce cuando el paciente revive en la transferencia conflictos que vivió en la infancia en la figura del AT. Normalmente el AT va a frustrar los intentos del paciente por actualizar los impulsos, de modo tal que éste active sus defensas respondiendo con hostilidad y agresión. Se compone de sentimientos hostiles hacia el tratamiento y el AT.

La contratransferencia: es el conjunto de actitudes, sentimientos, pensamientos que experimenta el AT en relación con el paciente. La contratransferencia va a interferir en la motivación y en la objetividad del AT para realizar sus intervenciones.

Da cuenta de una relación entre el AT y el paciente de carácter interactivo, por lo que el paciente será influido por el AT y, a su vez, éste influirá por el paciente.

Hay dos tipos de contratransferencia:

- a. la resultante de la identificación concordante: con el Yo y el Ello del paciente.
- b. La complementaria: con los objetos internos del paciente. (neurosis contratransferencial propia del AT, que en la situación de ayuda revive sus conflictos con el paciente)

d. la resolución de este punto dependerá de la producción personal de cada integrante.

RESPUESTAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 3:

1. *¿Cuáles son los aportes que realiza el AT al tratamiento?*

Habiéndose partido de una consigna inicial dirigida a operar sobre el Yo del paciente para propiciar su adaptación social, a partir de un trabajo orientado desde la perspectiva de la reeducación, el acompañante pudo implementar ciertas modalidades de intervención tendientes a sintonizar con el sujeto en su condición deseante, lo cual genera un cambio de posicionamiento que estuvo apuntalado en el trabajo que se efectúa en la institución a través de los talleres y en las entrevistas realizadas por el AT con la madre. Este reposicionamiento de Juan respecto de sus supuestas discapacidades se da a partir de una escucha y una lectura de la situación por parte de la acompañante, que lo llevan a dejar de intervenir desde la perspectiva educativa (en el sentido de enseñar al paciente lo planteado por la consigna), para pasar a confrontar al sujeto con su propia implicación respecto de sus limitaciones e inhibiciones, y la necesidad de comprometerse él mismo en la resolución de aquello que quisiera modificar.

Resulta oportuno puntualizar algo que tiene que ver específicamente con la técnica del acompañante, con los recursos y herramientas que puede utilizar en su praxis. El modo en el que es implementada es parte de un trabajo con una propuesta lúdica, que va a vehicular el logro de Juan en relación con el autovalimiento, permitiendo incluir en él el establecimiento de ciertas pautas, “las reglas del juego”, es decir, el acceso del paciente algún tipo de normativa sin que eso se confunda con una imposición, lo que podría tener consecuencias contrarias a lo esperado. Esto permite, además, el establecimiento de un vínculo entre el sujeto con el otro que favorece el proceso de simbolización.

2. *¿Cuáles son los componentes de la actitud y aptitud psicológica que pueden observar en el AT?*

Continencia, capacidad de desciframiento, distancia óptima operativa adecuada, empatía, autocontrol, cumplimiento de las reglas del encuadre.

3. *¿Cuáles son las características del encuadre que se dispone para el trabajo del acompañamiento?*

El encuadre no considera la presencia de un psicólogo porque Juan no lo tiene, así que se integra el equipo con el AT y el psiquiatra. La consigna del equipo se relaciona con lograr el autovalimiento y fomentar que Juan pueda desenvolverse con el dinero. El acompañamiento se dispone primeramente para los traslados, pudiendo trabajar otros aspectos de la personalidad de Juan.

4. *¿Cómo está compuesto el equipo y cuáles son las funciones de sus integrantes?*

AT: acompañamiento a Juan y logros en los objetivos propuestos por el equipo.

Psiquiatra: supervisión del trabajo realizado por el AT.

Personal de la institución: que apuntalan la terapia de Juan.

5. *¿Qué tipología familiar consideran que se acerca a la descripción de la familia de Juan?*

Esta respuesta va a depender del análisis propio de cada estudiante.

6. *¿Cuáles son los objetivos del proyecto de trabajo del AT?*

Lograr el autovalimiento de Juan en la vía pública y el manejo del dinero.

7. *¿Qué logros alcanza el paciente?*

Logra un reposicionamiento subjetivo que lo ayuda a ampliar sus límites de libertad.

8. *¿Cuál es el rol de la madre en el tratamiento y dónde se manifiestan sus resistencias inconscientes al tratamiento?*

La madre muchas veces sabotea el tratamiento, se muestra colaboradora, pero le resulta difícil que su hijo deje de ocupar el rol que fantasmáticamente tenía asignado en la familia. Estas resistencias se muestran cuando Juan alcanza logros y ella dispone cambios que ocasionarán que Juan tenga que volver a empezar de cero. Dos ejemplos: la mudanza y el reloj.

9. *¿A qué se le llama cambio en la posición subjetiva del paciente?*

Es el cambio en la propia percepción atravesado por el paciente, en el cual reclama que se amplíe su espacio personal demandando que le permitan hacer más cosas por sí mismo. Es una toma de consciencia dentro de sus posibilidades acerca de su autonomía, apuntalado por la pertinente técnica y táctica del AT.

10. *¿Por qué consideran que se presentan resistencias en el paciente respecto de la evolución de las pautas de trabajo?*

Pueden pensarse las resistencias del paciente en conexión a los beneficios secundarios que eso le reporta:

- Ser el más mimado de los hermanos y atendido por la madre, modalidad de vinculación que reproducía tanto con el acompañante como con el resto de los profesionales del equipo.
- El ingreso de nuevos compañeros a su grupo y lo que se generó a partir de su romance con Estela parece haber movilizado algo diferente.
- La incomodidad y el malestar que se empiezan a producir en él al advertirse el significado de esos supuestos beneficios de la enfermedad, parecen haber provocado en Juan la aparición de un deseo propio de revertir esa situación, el deseo de poder "ir", en lugar de ser "llevado".

RESPUESTAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 4:

1. *¿A qué se refiere Carl Rogers con el concepto de "funcionamiento óptimo de la persona"?*

Rogers nos habla del "funcionamiento óptimo de la persona" como una meta ideal. El ser humano, en su proceso personalizante, tiene como posible la toma de conciencia de su realidad visceral y sensorial, por la cual llega a estructurar su unidad psicofísica totalizante u unidad orgánica. El "funcionamiento" al cual se refiere Rogers apunta a la construcción de un modelo teórico de la conducta humana en el cual existiría un funcionamiento ideal de la persona que opera como una meta u horizonte que orienta la evolución de quien intenta devenir persona lo más plenamente posible.

2. *¿Cuáles son las tres actitudes terapéuticas que describe Rogers?*

- a. La Congruencia.
- b. Aceptación Positiva Incondicional.
- c. Comprensión Empática.

3. *¿Por qué aludimos a la necesidad de trabajar sobre los puntos ciegos del profesional?*

Porque la actitud psicológica tiene que ver con lo necesario para ejecutar el rol, pero no en el sentido teórico (esos elementos conceptuales que uno obviamente debe tener), sino con algo actitudinal. Son las condiciones que están ligadas a la conducta, a la personalidad, y que luego van a ir mezclándose con un estilo personal en función de la operación psicológica y del rol del AT. No podemos abarcar todo, siempre habrá algo que se interponga en nuestro accionar que deberá ser revisado en supervisión.

4. *¿Cómo se relaciona la actitud psicológica con la capacidad de albergar al paciente?*

El AT tiene una vocación reparadora, curadora, pero al mismo tiempo es una persona herida, ha tenido una cantidad de vicisitudes que le permiten reconocerse como una persona herida. Por eso después se puede llegar a entender las heridas del otro, a partir de la empatía. Desde la actitud psicológica y el ejercicio de la empatía podemos albergar aun las diferencias, y de esta manera trabajar nuestros conflictos.

5. *¿Cuál es la importancia del autoconocimiento del profesional en la relación terapéutica?*

Uno de los ámbitos donde resulta particularmente importante el autoconocimiento es el mundo emocional. Conocer los sentimientos que nos habitan cuando ejercemos el rol de AT constituye un paso para poder controlarlos, manejarlos y encauzarlos. La falta de consciencia de un sentimiento hace que este actúe en una persona de manera incontrolable, manifestándose de manera salvaje, ciega, es decir, sin la participación o con una mínima participación de la inteligencia y de la voluntad.

6. *¿Qué es la madurez emocional?*

La madurez emocional es un proceso dinámico que forma parte del autoconocimiento del profesional. Incluye el autocontrol, la disposición al cambio, la aceptación del desafío de introspección, aprender a detectar y vencer resistencias, fortaleza para soportar la organización y desorganización que esto produce. Pero los resultados valen la pena: crecimiento, madurez, idoneidad, operatividad, plasticidad para el ejercicio del rol. La madurez emocional del AT es determinante en el desarrollo de su profesión.

Uno de los retos importantes de todo AT es realizar un proceso de integración de las propias emociones, ser capaces de dar nombre a las emociones que se experimentan y aceptarlas; integrarlas de manera que esta sean el resultado del equilibrio entre la energía que proviene de los sentimientos y la regulación emocional mediante los valores.

7. *¿A qué se refiere la metáfora del sanador herido y por qué se la relaciona con la inteligencia emocional?*

AT tiene una vocación reparadora, curadora, pero al mismo tiempo es una persona herida, ha tenido una cantidad de vicisitudes que le permiten reconocerse como una persona herida. Por eso después se puede llegar a entender las heridas del otro, a partir de la empatía. La metáfora se basa en el presupuesto de que tanto en el AT como en el que sufre, conviven la experiencia del sufrimiento (herida) y el poder de la curación, en el sentido obviamente metafórico.

8. *Definir empatía y ecpatía.*

La empatía terapéutica es la actitud que regula el grado de implicación emocional con la persona del ayudado. A la vez que requiere un proceso de identificación actitudinal, requiere además la capacidad de regular la propia vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, las propias sombras y heridas que pueden despertar con ocasión del encuentro con la vulnerabilidad ajena.

Al reflexionar sobre la necesidad de regular la capacidad empática no sólo en el sentido de potenciar la capacidad de comprensión, sino también en el sentido de limitar cierta experiencia de sobredosis de implicación cuando ésta puede ser perjudicial para el otro o para uno mismo; surge entonces el concepto de ecpatía. La ECPATÍA es “sentir fuera”, sería el proceso mental de exclusión activa de los sentimientos inducido por otros. Es la acción mental compensatoria que nos protege de la inundación afectiva.

9. *¿Qué es la asertividad y cómo se relaciona con la comunicación?*

Es la expresión de los derechos y sentimientos personales, por lo que casi todo el mundo puede ser asertivo en algunas situaciones y absolutamente ineficaz en otras. Para que nuestra comunicación sea asertiva es necesario que la idea de aquello que deseamos o necesitamos expresar, sea en primera instancia clara para nosotros mismos, para luego poder emitirla claramente al otro. El objetivo es que el otro me comprenda en el mensaje. se define como la habilidad para ser claros, francos y directos, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás, ni menospreciar la valía de los otros, sólo defendiendo sus derechos como persona.

RESPUESTAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 5:

1. *¿Qué es la observación?*

Es una herramienta o técnica de trabajo para el investigador social por medio del cual captamos la realidad que nos rodea, no nos referimos únicamente a la captación visual, sino que se trata de la utilización de cualquiera de los sentidos.

La observación científica es la que se planifica y orienta hacia la búsqueda de datos, que serán determinados previamente.

2. *¿Cuáles son los criterios que debe cumplir la observación para sostener su validez y la de su técnica?*

Como toda técnica de relevamiento de datos, la observación está sujeta a comprobaciones de confiabilidad y objetividad para sostener la validez de sus procedimientos., sin hacer juicios de valores para preservar la objetividad pretendida del método. Esto garantiza la fiabilidad, es decir, la confianza en el método de la observación.

3. *Desarrolle la objetividad desde el rol del AT.*

Objetividad: la subjetividad del observador siempre está presente en la observación cualitativa. No resulta posible realizar una observación sin ningún tipo de implicación de parte del AT, porque trabajamos con sujetos y siempre entrarán en escena los aspectos transferenciales y contratransferenciales. La objetividad en ciencias sociales deberá ser ejercitada, logrando una objetividad pretendida, relacionada con la distancia optima operativa del observador.

4. *¿Cuáles son los instrumentos de observación que consideras funcionales al rol del AT?*

Todos los que el observador utiliza en su labor cotidiana: lápiz, cuaderno, grabador, filmadora de ser posible, guías, listados, mapas, etc.

5. *¿Por qué decimos que la objetividad absoluta no existe en el rol del AT? ¿A qué se aspira?*

Porque trabajamos con sujetos, y a partir del desarrollo de nuestra aptitud psicológica ponemos de manifiesto la empatía, intentando mantener la distancia óptima para poder operar.

6. *Ventajas y desventajas de la observación.*

Ventajas del empleo de esta técnica:

*El dato se obtiene independientemente:

- Del deseo del sujeto de proporcionarlo.
- De la capacidad del informante para transmitirlo.
- De la veracidad con que se transmite.

*Se evita la intervención de intermediarios que pueden producir distorsiones.

*Permite una captación global del hecho sin destruir sus interrelaciones, como ocurre con los fenómenos grupales, como ceremonias, fiestas, mercados.

*Se puede rescatar información que, a veces, los informantes podrían considerar poco significativa y se resisten a traducirla en palabras.

*Puede realizarse como técnica complementaria de otra.

*Es un recurso para identificar y verificar la información recibida verbalmente.

*Sirve para reunir datos complementarios del contexto donde ocurren los hechos.

*Permite ampliar el significado de los datos que se revelan con otras técnicas.

Desventajas:

*No puede emplearse cuando se trata de hechos cuya ocurrencia no se puede predecir, como son riñas, nacimientos, desastres, accidentes.

*Tampoco se puede utilizar para obtener información sobre hechos ocurridos y conductas privadas, como ser actividad sexual, higiene personal, etc. Se aplica fundamentalmente para revelar hechos de carácter público y conductas manifiestas.

*La duración de los sucesos observados. Cuando los hechos son muy prolongados no es posible observar todo su curso.

*La subjetividad del observador es otro obstáculo difícil de sortear, como ya lo hemos comentado.

7. *Desarrollar la función de la distancia óptima operativa en el rol del AT.*

El AT debe trabajar la distancia óptima para poder operar. Cuando hablamos de distancia óptima decimos que el AT deberá ubicarse ni muy cerca de su objeto de intervención ni muy lejos. La distancia óptima operativa debe ser ejercitada continuamente. Esta se manifiesta en el nivel emocional del AT, ya que le será difícil no reaccionar afectivamente en determinadas circunstancias. Cuando esto ocurre, las experiencias recogidas se convierten en vivencias individuales que no soportan las pruebas de objetividad.

8. *Condiciones de la observación. Desarrolle cada una con un ejemplo.*

CONDICIONES DE LA OBSERVACIÓN		
ETAPAS	CONSTRUCTO	CARACTERÍSTICA
LA ATENCIÓN	Disposición o estado de alerta.	El observador pone su atención en el grupo humano que está observando, en la interacción de sus integrantes si es el objeto de la observación.
LA SENSACIÓN	Consecuencia inmediata del estímulo de un receptor orgánico.	El observador huele el aroma a limpio que hay en la sala.
LA PERCEPCIÓN	Capacidad de relacionar lo que se siente respecto a una experiencia pasada.	Pueden ser simples o complejas e incluyen varios órganos de los sentidos. El observador interpreta un sonido determinado como algo potencialmente agresivo si se trata de un ruido fuerte cerca suyo.
LA REFLEXIÓN	Formulación de conjeturas, hipótesis, teorías; etc.	Supera las limitaciones de la percepción. El observador

		reflexiona acerca de lo que ha escuchado, y propone la hipótesis de que tal vez el ruido se deba a la caída de un objeto y no a una explosión.
--	--	--

9. *Condiciones subjetivas de la observación. Desarrolle cada una con un ejemplo.*

- a. Proximidad emocional: el AT necesita formarse en una actitud de apertura perceptiva, dejando sus sentidos y su corazón abiertos a las resonancias de su paciente y de la familia. Esta proximidad no significa una frialdad a la hora de observar, sino resonar cálidamente con otro dejando que el paciente se dé cuenta que él se da cuenta lo que le está pasando. Es algo similar a vibrar empáticamente con el paciente.
- b. Distancia operativa: parte de este punto es el de no brindar información al paciente acerca de nuestra vida personal: si tenemos hijos, si estamos casados, etc. este tipo de información llevada al paciente podría dificultar la transferencia, acotando la operatividad de sus intervenciones.
- c. Rigor científico: la actitud del AT deberá sostenerse en la del rigor científico, manteniendo sus intervenciones y sus técnicas dentro de los límites de la ciencia. Parte de esta afirmación legitima el uso de los cinco sentidos, a partir de los cuales el AT recibe la información que será decodificada e interpretada.
- d. Autorregistro: deberá estar abierto a todas las resonancias que se despiertan en él ante la situación en la que debe operar. Es importante e imprescindible el registro de las propias emociones, sensaciones, sentimientos, para no actuarlas impulsivamente. De esta manera también previene proyecciones y trabaja sobre la contratransferencia.
- e. Renuncia narcisista: deberá renunciar a operar en esos momentos en que el protagonismo lo tiene el paciente, dejando de lado su propio protagonismo, realizando un corrimiento subjetivo y una descentralización personal. Deberá comprender que lo que viene del paciente no está dirigido a su persona, sino hacia el rol profesional que desempeña. Los objetivos terapéuticos y el plan de trabajo serán las guías en su labor profesional.
- f. Textualidad: es necesario desarrollar la capacidad de registrar las situaciones cotidianas tal como aparecen, incluyendo todas las manifestaciones conductuales del paciente, el lenguaje analógico y digital. Debemos evitar las distorsiones en el registro y analizar cuál es el nivel de implicación del At si éstas aparecieran.
- g. Contextualización: todo registro deberá ser consignado con fecha y horario. Por otro lado, nos referimos al contexto, a la situación, al aquí y ahora del paciente. Debemos tomar en cuenta que el contexto influye sobre la conducta de los sujetos, tanto del paciente como de la propia, considerando los códigos culturales con los que el paciente se desarrolla y su constitución histórico-social.

- h. Disciplina operativa: se necesita desarrollar la capacidad de someter su conducta cotidiana a la disciplina necesaria para aprender lo que su tarea requiere y así evitar todo gasto de energía que limite su apertura perceptiva y su capacidad de diseñar las estrategias necesarias para operar.
- i. Renuncia ideológica: se requiere una actitud de renuncia a la expresión, en el cumplimiento de sus funciones, de su mirada como ciudadano en el sentido de evaluar las acciones de los otros, desde los sentidos y criterios de su propia ideología, el sector al que pertenece, religión, partido político. Para desempeñar su labor operativamente deberá ceñirse estrictamente a los objetivos terapéuticos y al encuadre dentro del que opera.

RESPUESTAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 6:

La resolución de la autoevaluación de la unidad dependerá de la mira y el análisis propio de cada estudiante.

RESPUESTAS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 7:

1. *¿Por qué decimos que la comunicación es básica en el sujeto?*

Se consideran al lenguaje y a la comunicación como cuestiones centrales en la organización de la vida social de las personas, y como elementos fundamentales ya que constituyen el proceso de aprendizaje de cada sujeto. La comunicación es básica porque contribuye a satisfacer necesidades. La primera comunicación del sujeto es el llanto del bebé: perdida la homeostasis del vientre materno (el estado de equilibrio donde nada le falta), la necesidad, por vía del dolor (hambre), lo obliga a comunicarse mediante el llanto.

2. *¿Quiénes son los que intervienen en el proceso comunicacional y cómo es el circuito que recorre la comunicación?*

E= EMISOR: emite el mensaje que contiene determinada información mediante un código y a través de un canal específico.

R= RECEPTOR: es el que recibe el mensaje enviado por el emisor.

R= RUIDO: que interfiere en la comunicación.

3. *¿Qué es el feedback? ¿Cuál es su importancia dentro de la comunicación y qué tipos conoces?*

La comunicación siempre circula a doble vía, de ida y de vuelta. En este caso decimos que existe un feedback o retroalimentación, quien ha respondido se convierte ahora en emisor. Entre dos personas o más que se encuentran cara a cara y en el mismo lugar, la comunicación es cara a cara, el feedback es inmediato no sólo por las palabras sino también por los gestos, la postura corporal, las miradas.

Este feedback puede ser:

- Negativo: no produce cambios en el interlocutor, ni modificaciones.
- Positivo: produce cambios, modificaciones y amplía el mensaje.

4. *¿Cómo se relaciona la comunicación con el proceso de aprendizaje?*

Es un proceso educativo que modifica nuestras prácticas, nuestras identidades, nuestras configuraciones. La relación de aprendizaje se genera en cada momento en donde instalamos un nuevo concepto, una visión distinta de las cosas a las que estamos naturalizados, y que sin embargo son parte de una construcción intencional y consensuada.

5. *¿Cuáles son los modelos comunicacionales que se mencionan?*

Modelo de aguja hipodérmica o de Shannon y modelo Orquestal o complejo.

6. *Realizar un cuadro comparativo entre los modelos del punto anterior.*

Modelo de Shannon	Modelo Orquestal
E= EMISOR: emite el mensaje que contiene determinada información mediante un código y a través de un canal específico. R= RECEPTOR: es el que recibe el mensaje enviado por el emisor. R= RUIDO: que interfiere en la comunicación. C= CÓDIGO: debe ser común al emisor y al receptor para que se comprendan. CANAL: los mensajes se transmiten a través de canales que permiten que E pueda codificar el mensaje y R pueda decodificarlo.	cada persona involucrada en el proceso interaccional forma parte de la comunicación, y nadie es el origen ni el fin de la misma.
Este modelo es conocido como “lineal” pues el mensaje circula linealmente desde un punto de partida (E) hasta un punto de llegada (R).	comunicar significa participar y compartir con otro la información. En toda interacción humana hay circulando no sólo un mensaje, sino un flujo de información.
El modelo nos decía que alguien emite un mensaje, y otro lo recibía. Intervení un mensaje, que viajaba por un canal determinado y con un código adecuado para ser entendible. Este modelo también se lo conoció como la Aguja Hipodérmica, ya que al receptor se le inyectaba un mensaje que generaba diferentes efectos.	el comportamiento es un sistema donde la palabra es sólo un subsistema.

	comunicación es un proceso social complejo y permanente que ocurre en un contexto determinado, integrando la palabra, lo gestual, la tonalidad de la voz, la mirada, la distancia personal, etc.
	incluye la complejidad en el circuito comunicacional. Enriquece el propuesto por Shannon e integra todas las dimensiones subjetivas que participan como una totalidad dentro de dicho circuito.

7. *¿Cuáles son los componentes de la comunicación no lineal o compleja?*

- ☐ Lo kinésico: los gestos que acompañan a lo verbal.
- ☐ Lo proxémico: la distancia interpersonal durante la comunicación.
- ☐ La entonación: el modo en el que son dichas las palabras.
- ☐ La actitud corporal: la forma en la posición del cuerpo acompaña los mensajes del sujeto.
- ☐ La metacomunicación: la comunicación acerca de la comunicación.
- ☐ Lo contextual: el entorno, el espacio concreto donde se desarrolla la comunicación.

8. *¿Por qué es importante pensar los mensajes dentro de una determinada trama sociocultural?*

Porque los mensajes y discursos están inscriptos en una trama sociocultural que opera en el momento de la producción, pero también en el momento de la recepción. Esa trama es el tejido social que va determinando el significado de los mensajes y que a su vez es modificado por éstos. Y además está el tema de la estructura social; todos pensamos y hablamos desde una situación en el escenario económico, político y cultural, que quiere imponer intereses y objetivos en la relación con los demás.

9. *¿Por qué definimos a la comunicación como un hecho educativo?*

como un proceso educativo que modifica nuestras prácticas, nuestras identidades, nuestras configuraciones. La relación de aprendizaje se genera en cada momento en donde instalamos un nuevo concepto, una visión distinta de las cosas a las que estamos naturalizados, y que sin embargo son parte de una construcción intencional y consensuada.

10. *Describir y ejemplificar la comunicación analógica y digital.*

- a. Comunicación analógica: recurre a las imágenes y al lenguaje corporal, gestos, mirada, postura corporal. Es llamada también comunicación no verbal.

Cuando hablamos con otro sujeto, sólo una pequeña parte de la información que obtenemos de esa persona procede de sus palabras: entre el sesenta y el setenta por ciento de lo que comunicamos lo hacemos mediante el lenguaje no verbal; es decir, gestos, apariencia, postura, mirada y expresión.

- b. Comunicación digital: emplea la lengua, el discurso, la palabra. Es llamada comunicación verbal. Tiene dos formas:

-oral: a través de signos orales y palabras habladas.

-escrita: por medio de la representación gráfica de signos.

Los gritos, silbidos, llantos y risas pueden expresar diferentes situaciones anímicas y son una de las formas más primarias de la comunicación, la más evolucionada es el lenguaje articulado, los sonidos estructurados, palabras y oraciones.

MODELO DE FICHAS PARA REDACCIÓN DE INFORMES.

INFORMACIÓN DEL AT: Nombre y apellido: DNI:	FECHA: dd/mm/año	Horas y días de acompañamiento: Lunes, miércoles y viernes de 8.00 hs a 12.00 hs
ACTIVIDAD: (tipo de acompañamiento: institucional, escolar, domiciliario, etc)	OBJETIVOS: (objetivos del acompañamiento acorde al plan de trabajo)	
*Conductas llamativas del paciente:	No quiso sacarse el abrigo en un ambiente calefaccionado. Fumó 15 cigarrillos en 3 horas. No manifestó deseos de participar en las actividades.	
*Grado de conexión con el AT otras personas:	No habló, pero se mostró igualmente conectado.	
*Actitud y estado de ánimo:	Desde la queja, indiferente hacia el AT. Recordó varias veces a su familia.	
*Observaciones:	En el día de hoy comienza el acompañamiento en tiempo y forma. El paciente sale a saludarme con un beso y un abrazo, pero sin hablar. En el transcurso de las actividades se lo observa con una conducta retraída, aislándose del resto de los internos y manteniendo poco contacto con el AT. Durante el horario de almuerzo manifestó disgusto por el menú del día. Su movilidad es lenta, su coordinación se ve afectada: le cuesta atar sus cordones y no	

	solicita ayuda para hacerlo. En su lugar se manifiesta con quejas acerca de que el psiquiatra intenta mantenerlo “dopado”. Estuvo presente en las actividades recreativas de la tarde, pero no emitió palabra, aunque el terapeuta ocupacional le preguntó si le gustaba la actividad. Manifestó ansiedad ante el AT por el horario de visitas en cuanto a la duración (le parece muy corto) y por quién iría a visitarlo ese día.
--	---

FICHA DEL PACIENTE. NOMBRE:
OS: (número de obra social si la tuviera) DNI: TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO: INSTITUCIÓN: (si no fuera domiciliario) ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO:

Registro anecdótico.

ACTIVIDADES	lunes	miércoles	viernes	observaciones
Interacción del paciente con la familia	adecuada	adecuada	adecuada	la familia sostiene al paciente en el tratamiento e incentiva al paciente en su

				vinculación con el AT
Interacción del paciente con el AT	Adecuada y colaborativo	Adecuada y colaborativo	Se registra resistencia en el día de hoy, manifestó que no desea que el AT vuelva	La disposición ha sido en general buena, pero el último día de acompañamiento manifestó descontento e irritabilidad al momento de la llegada del AT.
Aceptación de las pautas de conducta	positiva	positiva	Resistencia a la aceptación de pautas acerca de la conducta referida hacia el AT	La adherencia del paciente al tratamiento aun no es estable. Se deberá seguir trabajando en la aceptación de pautas de conducta que incluyen la adecuada relación del paciente con el AT
Disposición del paciente hacia las actividades propuestas	Buena, manifiesta interés por la propuesta terapéutica	Buena, manifiesta interés por la propuesta terapéutica	Manifiesta agresividad verbal cuando se le proponen las actividades	En general buena, se muestra dispuesto a realizar las consignas. En algunos momentos han aparecido resistencias, sin llegar a la agresión física.

Registro vivencial

	sentimientos	recuerdos	resonancias	emociones	vivencias
Observación 1					
Observación 2					
Entrevista					

Lista de cotejo:

Características	SI	NO
Construcción positiva del vínculo con el AT.		
Comunicación asertiva.		
Motivación e interés en la realización de actividades con el AT.		
Motivación e interés en la realización de actividades en el grupo familiar.		
Registra las pautas terapéuticas.		
Participa en el diseño de las actividades.		

Ejemplo de hoja de ruta:

	<u>ALUMNO</u>	<u>FECHA</u>	<u>HORA</u>
	<u>Nombre y apellido:</u> <u>Institución:</u>		
<u>OBSERVACIÓN 1</u> Institución observada: Modalidad de observación: <i>No estructurada-Estructurada</i> <i>Silente-parlante</i> <i>Individual-grupal</i>			
<u>OBSERVACIÓN 2</u> Institución observada: Modalidad de observación: <i>No estructurada-Estructurada</i> <i>Silente-parlante</i> <i>Individual-grupal</i>			
<u>ENTREVISTA</u> Informante clave: Modalidad de entrevista: <i>Estructurada-no estructurada</i> <i>Focalizada</i> <i>No dirigida</i>			

Escala de apreciación:

Indicadores	Categorías			
	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
• Lenguaje verbal apropiado. • Lenguaje no verbal apropiado. • Comunicación asertiva. • Utiliza otros recursos. • Logra un vínculo apropiado con el AT. • Demuestra interés en las actividades propuestas				

Matriz FODA

Fortalezas (¿cuáles fueron sus fortalezas en el transcurso de la observación y entrevista?)	Amenazas (¿qué amenazas externas a ustedes debieron afrontar para llevar el trabajo adelante?)
Debilidades (¿cuáles fueron sus debilidades en el transcurso de la observación y entrevista?)	Oportunidades (¿Qué posibilidades de avance tuvieron en el transcurso de las actividades?)