



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado**

**Monografía**

**Estudiante: Vicente Chirullo**

**C.I: 4.420.412-5**

**Tutor: Prof. Adj. Mag. Jorge Chavez**

**26 de Octubre, 2015**

**Montevideo, Uruguay**

# **El Acompañamiento Terapéutico: un posible dispositivo para hacer la Educación Primaria más inclusiva**

"La educación, en verdad, es lo que nos falta; pero, una educación para todos, sin distinción de clases, para iluminar la conciencia oscurecida del pueblo; una educación que nos permite formar al niño para ser hombre y al hombre para ser ciudadano" (José Pedro Varela, 1868).

## Índice

<i>Carátula</i> .....	2
Índice.....	3
Resumen: .....	4
Introducción .....	5
Fundamentación: .....	7
Metodología:.....	8
Historización .....	9
Los antecedentes .....	12
Los Primeros Dispositivos.....	15
El período de dictadura militar .....	16
Período de Institucionalización.....	17
Uruguay.....	18
Marco Teórico: ¿Cómo se define el Acompañamiento Terapéutico? De la función al Dispositivo. ....	20
Funciones del Acompañante Terapéutico:.....	23
Proceso de Inclusión: .....	25
El marco legal.....	29
Conclusiones .....	33
Bibliografía:.....	36

## **Resumen:**

Este Trabajo Final de Grado plantea la utilización del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el entendido de que puede ser una herramienta muy adecuada para la inclusión en la escuela primaria de diferentes poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Se trata de personas que padecen discapacidades, enfermedades crónicas o no, u otro tipo de dificultades que provocan la interrupción de su formación pedagógica desde temprana edad, quedando así excluidas del sistema con las consecuencias que conlleva a nivel personal y social.

Para poder sustentar esta idea se hace necesario realizar un racconto histórico del Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico, desde sus orígenes hasta la actualidad. Se repasa el concepto de Acompañamiento Terapéutico y las funciones del dispositivo articulándolas con el concepto de Proceso de Inclusión, el que es definido más adelante. También se hace referencia al marco legal que ampara a las personas con discapacidad, particularmente en los niños y en el ámbito de la educación.

Se concluye, entre otras cosas, que es de suma importancia generar políticas públicas e institucionales que incluyan al Acompañante Terapéutico en las instituciones educativas, universalizando la implementación de este dispositivo, de manera que todo niño (y toda persona, cualquiera sea su edad) que necesite de la implementación de este Dispositivo para poder continuar su educación, pueda acceder a él.

## Introducción

La educación es uno de los derechos humanos fundamentales reconocido por organismos internacionales. La ONU en su Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) - de la cual nuestro país es signatario - en el artículo 26 incisos 1 y 2 expresa:

*"Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos".*

*"La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz." (ONU, 1948, p.26).*

Estos derechos se encuentran respaldados en nuestra Constitución Nacional. El Estado uruguayo en el artículo 1° de la Ley 18.437, Ley General de Educación, declara de interés general la promoción y goce de este derecho, y expresa textualmente: *"El Estado garantizará y promoverá una educación de calidad para todos sus habitantes, a lo largo de toda la vida, facilitando la continuidad educativa"* (Uruguay, 2015) (p. 1). Desde la reforma vareliana de fines del S. XIX, la escuela uruguayo adhiere a los principios de gratuidad, laicidad, obligatoriedad y universalidad. Este último punto resulta fundamental, así lo consignó Varela en aquella frase siempre citada: *"Los que una vez se han encontrado juntos en los bancos de una Escuela a la que concurren haciendo uso de un mismo derecho, se acostumbran a considerarse iguales"* (Abadie Soriano, 1968, p.4). No obstante, aún hoy existe un porcentaje de la

población que atraviesa circunstancias restrictivas para el acceso a la educación regular, padeciendo afecciones, enfermedades crónicas u otro tipo de discapacidades, que provocan la interrupción de su formación pedagógica desde temprana edad. El espíritu del Reformador era generar una escuela para todos, adhiriendo al principio de universalidad, sin distinción de clase, raza o credo, mas ¿no constituyen hoy en día también una restricción las diferentes discapacidades que atraviesan estas poblaciones y que les impiden acceder a sus derechos como ciudadanos?; entonces, si este hombre adelantado para su época, viviera en el presente, ¿no hubiera estado de acuerdo con incluir a las personas con discapacidad en las aulas de las escuelas normales?

El sistema educativo actual se encuentra limitado en la recepción y abordaje de estas poblaciones, ya sea por desconocimiento, falta de técnicas pedagógicas, formación específica o la inflexibilidad de un programa formativo ya instalado. Aún cuando existen esfuerzos en potenciar estas áreas, los mismos no resultan suficientes, resultando el sistema involuntariamente excluyente para la población anteriormente mencionada. Sabemos que una de las principales consecuencias de quedar apartado del sistema educativo, es la exclusión social. Nos referimos al concepto de exclusión en el sentido que lo hace Sylvia Montañez (Montañez Fierro, 2014) la exclusión es un modo de interpretación social que permite analizar procesos complejos que abarcan la exclusión económica, ciudadana, política y socio-cultural. Aquellos que se ven privados de sus derechos o una parte de ellos, ven deterioradas sus posibilidades y capacidades como personas, socavándose su dignidad. Siguiendo a Montañez, concluimos que estas poblaciones al ver menoscabados sus derechos, ven también vulnerada su dignidad y es entonces que nos interrogamos ¿de qué forma podemos generar condiciones para integrar a estas personas a la educación?, ¿qué dispositivos sería útil implementar?, ¿qué experiencias existen al respecto?

## **Fundamentación:**

Este trabajo se centra en la aserción del uso de una de las alternativas que estimo eficiente para afrontar la problemática planteada. Es el caso de la implementación del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en las instituciones educativas, principalmente en la escuela primaria, como herramienta fundamental de conexión entre la población en situación de vulnerabilidad social y el sistema educativo, propiciando el desarrollo adecuado de la escolaridad.

Considero que la implementación de este y otros dispositivos hace necesaria la elaboración y aplicación de políticas institucionales, tanto a nivel público como privado y la generación de culturas institucionales que entiendan el proceso de inclusión de estas poblaciones como su derecho y una necesidad social.

Como objetivo secundario, me propongo difundir el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico, que en nuestro país es muy reciente y se encuentra transitando la inicial etapa de divulgación.

En último lugar este trabajo es la culminación de un proceso personal que me aportó mucho, tanto en mi formación profesional como personal. Durante más de cinco años he trabajado como Acompañante Terapéutico, en varias clínicas e instituciones educativas, tanto colegios privados como escuelas públicas. Durante estos años he trabajado en forma interdisciplinaria con diferentes profesionales (psicólogos principalmente, pero también psiquiatras, fonoaudiólogos, psicomotricistas, educadores sociales, entre otros), culminando hasta el año pasado en el Colegio y Liceo La Mennais. Aspiro en estas páginas a transmitir esas experiencias, de las que estoy profundamente agradecido, y que sea este un humilde aporte al crecimiento de este nuevo dispositivo en nuestro país.

## **Metodología:**

La interpretación del contenido de este trabajo requiere efectuar previamente un breve de la evolución histórica del Acompañamiento Terapéutico y de su estado actual tanto en Argentina - su país de origen - como en Uruguay. Se analizarán los conceptos de inclusión e integración y las políticas institucionales vigentes.

Indagaremos acerca de la eficacia de la aplicación del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico como facilitador en la integración escolar de estas poblaciones vulneradas y en consecuencia, la necesidad de dar origen a políticas públicas para que todos puedan gozar del derecho a la educación.



## Historización

*"¿Si el genealogista se ocupa de escuchar la historia más que de alimentar la fe en la metafísica, que es lo que aprende? Qué detrás de las cosas existe algo muy distinto: en absoluto un su secreto esencial y sin fechas, sino el secreto de que ellas están sin escancia, o que su esencia fue construida pieza por pieza a partir de figuras que le eran extrañas." (Foucault, 1979, p. 10).*

*"Lo que se encuentra al comienzo histórico de las cosas, no es la identidad aún preservada, de su origen - es la discordia de las otras cosas - es el disparate." (Foucault, 1979, p. 10).*

Resulta imposible poder entender un dispositivo sin hacer referencia a sus condiciones históricas de surgimiento y evolución. Más aún cuando hablamos de un dispositivo relativamente nuevo, que por sus características debe trabajar en estrecha relación con diversas disciplinas y subdisciplinas. Es por eso que se hace necesario repasar los aspectos más importantes en relación a su historia. Dar cuenta, como dice Foucault, que detrás de este dispositivo no existía nada, sino una discordia de cosas, un conjunto de elementos en ebullición y una necesidad; y como este dispositivo se fue construyendo a partir de eso, pieza por pieza.

El Lic. Pablo Dragotto (2010) se pregunta por qué si siempre han existido cuidadores, tratamientos y enfermedades en la Historia, es recién en la segunda mitad del Siglo XX que surgió el Acompañamiento Terapéutico. También se cuestiona a qué responde su rápida expansión, en las siguientes décadas a múltiples áreas de implementación. A continuación intentaré esbozar algunas posibles respuestas para estas interrogantes.

La historia del Acompañamiento Terapéutico como de todo dispositivo, está estrechamente ligada, sino es inseparable, del momento histórico en el que se inscribe y en este caso particular, a los cambios existentes en las concepciones de salud-

enfermedad, que se fueron generando en Europa en las décadas del 60 y 70, los cuales a su vez crearon nuevas necesidades.

Durante los años sesenta es que entra en crisis el modelo de Modernidad y comienza a gestarse lo que muchos autores denominan posmodernidad; período de creatividad y compromiso político-social. Se pondrán en tela de juicio una serie de postulados: la libertad, la democracia, la noción misma de individuo y también el modelo médico y psiquiátrico clásico. Fueron años de ebullición, surgen movimientos como el mayo del 68, la llamada Primavera de Praga, los movimientos hippies y pacifistas que abogaron por los Derechos Humanos y que echaron luz sobre el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. En Argentina el acontecimiento histórico más importante en ese período fue el conocido como El Cordobazo, protesta realizada el 29 de mayo de 1969 y cuya consecuencia más inmediata fue el derrocamiento de la dictadura del Gral. Onganía. Se sucederán entonces varios gobiernos de factos, con el breve intervalo de la presidencia de Juan D. Perón, continuado a su fallecimiento por su esposa María E. Martínez (Isabelita), hasta el retorno a la democracia en diciembre de 1983. En Uruguay también se vivían en esta época momentos de turbulencia social que culminarían con el golpe cívico militar que dieron en conjunto el presidente Juan María Bordaberry y las Fuerzas Armadas el 27 de junio de 1973 y que se prolongaría hasta febrero de 1985. Durante este período la Universidad de la República (la única hasta 1985) fue intervenida, perdiendo su autonomía y el cogobierno. Se eliminaron múltiples carreras, entre ellas la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Humanidades.

Según Eduardo Cossi (2011), el Acompañamiento Terapéutico surgió en Argentina en estos años, donde los lineamientos más importantes que le dieron impulso fueron la Psiquiatría Dinámica, la Antipsiquiatría y el Psicoanálisis.

Encontramos en el Psicoanálisis una de las grandes influencias teóricas que dieron pie al surgimiento de este dispositivo. No es el psicoanálisis original, freudiano, que dio origen a la corriente psicoterapéutica. En ese momento, esta corriente comenzó a poner el acento más en el sujeto que en el terapeuta, produciéndose una horizontalización del vínculo. No será ya más el terapeuta la fuente de conocimiento, sino que el saber se dará en el encuentro, en la transferencia, en el vínculo. En lugar de buscar "callar" el síntoma, se lo escuchará, como referente del inconsciente.

La Psiquiatría clásica - con sus prácticas de encierro y aislamiento de la locura o incluso prácticas más agresivas como el electroshock y la lobotomía - no daba

respuesta ni solución al problema, sino más bien fungía a modo de control social a una Sociedad Moderna en la cual el lugar del loco es el manicomio.

La Psiquiatría Dinámica respalda este tipo de dispositivos como alternativa al planteo clásico, que aleja al enfermo mental de su familia y comunidad (Kuras de Mauer & Resnizky, 2011). Juan Carlos Stagnaro citado por Pulice (2011) refiere también a la hostilidad existente en los psiquiatras jóvenes hacia los manicomios, las internaciones permanentes y el encierro de los "locos".

La anti psiquiatría - que también tiene su auge en los años 60 y 70 – critica las prácticas psiquiátricas hegemónicas efectuadas tanto por la psiquiatría como por la psicología del momento, que llevaban a la cronificación de la locura. Al respecto dice el Dr. Armando Bauleo<sup>1</sup>:

*"Parecería que la internación tiene que ser siempre en el manicomio. Sin embargo, tendría que hacerse en salas de hospitales generales y no una internación por veinte años. No existe crisis de veinte años. Las crisis son de una semana o dos ¿Y entonces, por qué tiene que estar internado?" (Bauleo. A., 2004 citado por Rossi, G., s.f., p. 50).*

La anti psiquiatría surge frente a la imposibilidad de entendimiento y trato de psicosis graves por parte del modelo clásico. Entre los profesionales más destacados que dieron inicio al movimiento antipsiquiátrico, encontramos a Michel Foucault en Francia - de quien retomaremos más adelante el concepto de dispositivo -, David Cooper en Estados Unidos, Ronal D. Laing en Inglaterra y Franco Basaglia en Italia (Segovia, 2014).

No debemos desconocer los importantes avances existentes en el campo de la psicofarmacología, especialmente luego de la segunda mitad del siglo pasado, lo cual posibilitó mejores condiciones para la implementación de nuevos dispositivos ambulatorios.

Dragotto (2010) llama a los elementos antes mencionados "el mito de origen", dice Foucault (1979) *"La historia aprende a reírse de las solemnidades del origen"*. Todo mito nos cuenta una verdad, parcial a medias, que encubre otros aspectos. Sin desconocer la importancia que tuvieron todos estos elementos en la génesis del Acompañamiento Terapéutico y éste como modalidad alternativa al encierro

---

<sup>1</sup> Quién trabajó con Pichón Riviere.

manicomial, el autor agrega que en los primeros Acompañamientos Terapéuticos también estuvo presente "el retorno de la psiquiatría a su faz de control social y del orden establecido". Estos primeros acompañamientos se realizaron con el objetivo de contener a jóvenes adictos de familias ricas porteñas. Es decir, vemos a la psiquiatría ejerciendo a través de este dispositivo, el control social. Finaliza señalando que ambas historias - el mito de origen del acompañamiento en un marco de reivindicaciones y ebullición social, así como la versión que sitúa a la psiquiatría buscando nuevas formas de control - son verdaderas y ambas marcan una "divisoria" en el uso actual y futuro del A.T.

## **Los antecedentes**

Susana Kuras de Mauer (s.f.) nos cuenta, que la historia del Acompañamiento Terapéutico como tal se fue construyendo con el tiempo, a partir de la práctica; tanto el cuerpo teórico como la técnica. Se fue implementando en instituciones asistenciales, en espacios de formación y finalmente se consolidó en la generación de leyes que regularon su ejercicio. Aún cuando la clínica presenta una enorme variación y diversidad, en todas las categorías noseográficas y edades de la vida, el ejercicio del acompañamiento terapéutico tiene campo de trabajo.

No obstante, no fue fácil el proceso de constitución, ya que durante mucho tiempo el desconocimiento de los "legos", la resistencia de los psiquiatras (suponemos que la autora se refiere a algunos, ya que daremos cuenta de otros psiquiatras que lo incluyeron en su práctica e incluso que sentaron precedente), así como la aprensión de los psicoterapeutas a incluir acompañantes a la práctica clínica, supusieron dificultades. Muchas de ellas, hoy en día superadas en la Argentina, aún las padecemos en Uruguay.

Kuras de Mauer & Resnizky (2011) reseñan la historia del Acompañamiento Terapéutico en la Argentina, dividiéndola en diferentes etapas: en la primera, la prehistoria (entre 1970-1885) se acuñó el término Acompañante Terapéutico. Pero es antes de 1970 que encontramos los antecedentes de este dispositivo. Después de la Segunda Guerra Mundial, comenzó a implementarse en varios países sistemas de internación abiertos como alternativa ante al clásico encierro manicomial, un ejemplo de ello fueron los Hospitales de Día. El objetivo era poder encontrar una alternativa a la internación en casos crónicos, donde la persona pudiera comenzar a salir de la

institución en la que encontraba internada y volviera a socializar, considerando esto como algo terapéutico y favorable para el tratamiento (Pulice, 2011).

Para Pulice (2011), una de las primeras experiencias que merece relatarse en Argentina fue la de Mauricio Goldenberg, quien en 1956 creó el Primer Servicio de Salud Mental con Sala de Internación para pacientes de Psiquiatría, en un Hospital General argentino. Esta experiencia será un antecedente, una muestra de cómo se iba "preparando el terreno" y como iba surgiendo la necesidad de este dispositivo. En dicha experiencia se apuntó a la integración de trabajadores de otras áreas y de distintas disciplinas, contando con departamentos de internación, consultorio externo, hospital de día, niños, adolescentes, gerontopsiquiatría, alcoholismo, grupos, neurología, docencia e investigación. Se propició la prevención y la asistencia comunitaria.

El mismo autor cita a Valentín Barembli<sup>2</sup> refiriéndose a esta propuesta. Los postulados teóricos de este proyecto se situaron en el psicoanálisis y los filosóficos en cuestionar la posición central del Hospital Psiquiátrico con sus múltiples modalidades represivas y custodiales, que dejaban poco lugar a la recuperación de la salud mental. Es decir que existía una fuerte apuesta a la asistencia pública en relación a la salud mental. Otro aspecto central que marcó esta experiencia fue el descentramiento del ejercicio del poder por parte de la psiquiatría o al menos la inclusión más equitativa de otros profesionales, dejando de ser el Saber Psiquiátrico la herramienta exclusiva en el tratamiento de la salud mental. Un elemento importante del proyecto anterior fue la extensión de tratamientos más allá de la psicosis, que requerían también de abordajes de otro tipo, por ejemplo retraso mental, los hoy llamados Tratamos del Espectro Autista, adicciones, trabajo con niños y adolescentes, etc. Cabe destacar la fuerza que tuvo este proyecto para mantenerse en un agitado contexto político, que alternaba débiles y breves democracias con dictaduras militares. Es en este contexto en el que aparecerá en escena el Acompañamiento Terapéutico.

---

<sup>2</sup> Médico Psiquiatra y Licenciado en Medicina y Cirugía argentino. Es Profesor Honorario de la Universidad de Buenos Aires. Profesor Consulto de la Universidad Nacional de Lanús. Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (IPA); Miembro Titular y Honorario de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (IPA); Miembro Invitado de la Sociedad Española de Psicoanálisis (Barcelona) (IPA) Ex-Jefe del Servicio de Salud Mental del Policlínico de Lanús. Ex-Consultor y Asesor Internacional en Salud Mental de la OPS/OMS Miembro Fundador y Presidente Honorífico de iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental e iPsi, Formació Psicoanalítica (Barcelona).

Otro antecedente relevante fue el realizado por el Dr. Raúl Camino (Camino,1981), quién creó una comunidad terapéutica en Ciudad Federal, Entre Ríos. En la comunidad todos trabajaban, incluyendo los pacientes (supervisados por funcionarios). También se celebraban Asambleas, en las que tanto pacientes como funcionarios o personas externas (vecinos del pueblo) tenían voz. Aquellos funcionarios no eran psicólogos, psiquiatras o sociólogos, eran enfermeros, personal de mantenimiento y personal administrativo. De acuerdo al relato del propio Camino, había en la comunidad además de él, un oncólogo, un clínico, un odontólogo y un bioquímico. Múltiples fueron las críticas, especialmente desde Paraná (ciudad capital de la Provincia de Entre Ríos), a este sistema, por considerar que los funcionarios no estaban capacitados para trabajar con los internos, por carecer de formación universitaria.

Muchos son los elementos a destacar de esta experiencia, pero prefiero centrarme en dos aspectos que el propio Camino resalta: la capacidad terapéutica de los propios pacientes entre sí, como también la de los funcionarios. En segundo lugar, que fueron funcionarios sin experiencia previa de trabajo en manicomios los que trabajaron en esta comunidad y que los que más se implicaron fueron los operarios de mantenimiento, aquellos con menos conocimiento de "la locura" (Camino, 1981).

Una experiencia que merece resaltarse es la de la doctora suiza M. A. Séchehaye<sup>3</sup>, quien en su libro *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica* (1958) se aleja de las prácticas ortodoxas psicoanalíticas postulando que el conflicto psíquico y la falla psicoafectiva tienen su origen en la interacción fallida con un "otro". Considera que la restauración de este vínculo es la base para reparar las heridas narcisistas, lo cual se lograría brindando afecto y ayudando al sujeto a reorganizar el mundo interno del sujeto. Este método se acerca a corrientes de corte cognitivo - aunque solo en la parte "reeducativa", no así en los postulados centrales o psicopedagógicos- y propone un "reaprendizaje" o "reeducación psíquica" para posibilitar la mayor autonomía y dignidad del paciente. Para ello se debía realizar una observación funcional y dinámica de la conducta del paciente y sus seres cercanos. Esto naturalmente requería mucho tiempo, por lo cual se entrenó a una enfermera en conocimientos de psicología, que sirviera de auxiliar, quién proporcionaba a la doctrina

---

<sup>3</sup> Marguerite Sechehaye fue psicóloga y psicoanalista, nació en 1887 suiza y falleció en Ginebra en 1964. Estudió Psicología en la Universidad de Ginebra, siendo discípula del conocido lingüista suizo Ferdinand de Saussure.

un informe detallado del comportamiento del paciente. En función de esos informes se establecían objetivos terapéuticos y estrategias de abordaje que la enfermera debía realizar. Si bien se dejaba muy poco espacio a la creatividad del paciente y enfermera, el trabajo que realizaba esta última se asimilaba en muchos aspectos a los dispositivos posteriores de acompañamiento terapéutico (Segovia, 2014).

## **Los Primeros Dispositivos**

En los 60' y 70' entramos en el período que las autoras Kuras de Mauer & Resnizky (2011) denominan "prehistoria". Escribe Cossi en Consideraciones sobre el Acompañamiento Terapéutico (2011) nos cuenta que el Dr. Eduardo Kalina (médico graduado en la Facultad de Medicina de la UBA, Especialista en Psiquiatría), en el marco de la clínica psiquiátrica privada, lo denominó "Amigo Calificado", lo que fue fuertemente cuestionado y rechazado casi de inmediato, por la connotación de amistad que conllevaba. Una noción similar existía por la época en EUA, en el campo de la psiquiatría y la medicina de orientación comunitaria, la de "amigo rentado".

El Dr. Kalina trabajó a comienzos de los 60 con pacientes que sufrían adicciones. Sostenía que estos creaban relaciones simbióticas con las Instituciones y con otros adictos, relaciones que no beneficiaban el tratamiento. Es entonces que cree conveniente introducir a los "amigos calificados", personas vitales y fuertes - recordemos el tipo de patología con la que se trabajaba, la cual muchas veces puede tornarse violenta -, pero que tenían otras cualidades: convicción anti-drogas, capacidad de producir identificaciones positivas, ingenio y lealtad. Varias de estas aptitudes serán más tarde incluidas en las capacidades que se considera que debe desarrollar un acompañante.

La noción de "amigo calificado" parece provenir de una perspectiva médica asistencialista - donde resulta habitual mencionar los valores preferibles en una figura terapéutica - y reflejaba perfectamente la función auxiliar. Daba la posibilidad de crear un vínculo afectivo con el paciente. No obstante, presentarse como amigo muchas veces era contraproducente para el tratamiento desdibujando el vínculo, el que se volvía ambiguo e ilusorio (Segovia, 2014).

A su vez - de acuerdo a Eduardo Cossi (2011) - el rechazo al concepto de "amigo calificado" parece originarse desde una perspectiva que le agrega a la función de auxiliar un requisito técnico – deontológico: el requerimiento de un tipo particular de relacionamiento con el paciente, de niveles de abstinencia y neutralidad en relación al

mismo, incompatibles con la noción de "amistad" y propios de la tradición psicoanalítica hegemónica en la región en aquella época. La figura desde sus orígenes tuvo recepción en practicantes y estudiantes de psicología, donde las nociones del psicoanálisis cobraban todavía aún más peso. La importancia está centrada en el componente *Terapéutico*, no en el *amistoso*. Recordemos que en términos estrictos el Acompañante Terapéutico no es amigo del paciente, sino que realiza una tarea asistencial, limitada en el tiempo y el espacio, con un encuadre, objetivos y estrategias determinados.

Es así entonces que prácticamente desde sus inicios la figura varía su nombre y adopta la de "Acompañante Terapéutico". Se cambia la noción de *amigo* por la de *acompañante* y la de *calificado* por *terapéutico*, en donde se resalta la especificidad técnica de la figura.

A comienzos de los 70 se construye el perfil de los Acompañantes Terapéuticos como un recurso más en los tratamientos, complementarios a las psicoterapias y los tratamientos psicofarmacológicos. El conocimiento era transmitido en forma oral. (Segovia, 2014). Un ejemplo de ello fue que entre los años 71 y 76 en el Hospital de Día del Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García, en Buenos Aires Capital, se desarrolló una técnica que se asemejaría al estado actual del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico. Consistía en que un grupo de estudiantes de Psicología comenzó a acompañar a pacientes psicóticos graves en salidas, con el objetivo de enseñarles (en caso de ser necesario) y acompañarlos en la realización de diferentes tareas (trasladarse en la ciudad, usar el transporte público, etc.). Trabajaban también con la familia de los pacientes y con sus propios vecinos (Pulice, 2011).

## **El período de dictadura militar**

En el período de la dictadura Argentina - producida a partir del derrocamiento de Isabelita Perón en 1976 prolongándose hasta 1983 - se produce un período de hibernación del AT. Pulice relata que ocurrió un desmantelamiento de las experiencias que se venían gestando en el campo del Acompañamiento Terapéutico por considerarlas "subversivas". Califica de "catastróficos" para la salud los efectos de la dictadura. Bien podríamos acordar que en nuestro país fue igual. Muchos de los profesionales que venían trabajando en esta área debieron exiliarse. No obstante, el



Acompañamiento Terapéutico siguió encontrando una forma de realización en el ámbito de las clínicas privadas (Pulice, 2011).

A la caída la dictadura militar argentina, muchas de las prácticas reseñadas ut supra parecían haber quedado en el olvido. Para modificar esta situación, además de volver al trabajo clínico se comenzó a desarrollar la articulación teórico-clínica que permitiera establecer o delimitar las coordenadas de trabajo de los Acompañantes Terapéuticos.

En 1983 se realizó en Buenos Aires el primer encuentro de Acompañantes Terapéuticos en Psiquiatría, en el cual se comenzaron a crear las bases teóricas-conceptuales que le darían más adelante una identidad propia (Segovia, 2014). Coincidiendo aproximadamente con lo anterior, a partir del 1985 se inició lo que las multicitadas Kuras de Mauer & Resnizky (2011) denominaron etapa de Conceptualización (1985-2000). En este período comienza a definirse y a consolidarse la función del Acompañante. Se implementa en instituciones asistenciales y comienza la formación universitaria.

## **Período de Institucionalización**

En 1994 se realizó el Primer Congreso de Acompañamiento Terapéutico en Buenos Aires, convocado por Gabriel O. Pulice<sup>4</sup>, Federico Manson<sup>5</sup>, entre otros profesionales. Su objetivo fue reunir a todas las personas que de manera individual estaban ejerciendo esta tarea.

Como resultado de esta instancia se publicó el primer libro que contenía las ponencias del Congreso. De esta manera se empezaron a realizar congresos con mayor frecuencia y en muchos de ellos se editaban libros con los trabajos presentados.

A partir del 2002 la Universidad de Buenos Aires cuenta con un título terciario – anhelo que databa de 1986 -, en la forma de tecnicatura y la Facultad de Psicología

---

<sup>4</sup> Gabriel O. Pulice es Psicoanalista y Docente en la Facultad de Psicología de la UBA, en la cual se desempeña como Coord. Adjunto de la Práctica Profesional Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico. También es miembro fundador de la AATRA (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina). (Pulice, 2011).

<sup>5</sup> Fue Miembro Fundador y hasta la fecha de su fallecimiento, Presidente de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA). Falleció en noviembre de 2008.

incorporó la materia *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*, como asignatura electiva en la formación de grado. Esto resultó fundamental en tanto legitimó al dispositivo frente a la población y ante al resto de los profesionales. Período que Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2011) señalan como de "filiación y expansión" del territorio del dispositivo.

En el 2001 se realizó el Segundo Congreso de Acompañamiento Terapéutico en la ciudad de Córdoba. El Tercer Congreso Argentino, también Primer Congreso Ibero Americano fue llevado a cabo en noviembre del 2003, el mismo tuvo la participación de profesionales de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay. Este año se formó la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA). En el año 2006 se producirá el Segundo Congreso Iberoamericano en San Pablo, Brasil.

A partir del 2010 se considera que comienza un período de "legalidad"; ejemplo de ello es que se comienzan a implementar Políticas Públicas que incluyen la figura del Acompañante Terapéutico. También se redacta un código de ética, nombrando al Acompañante Terapéutico como agente de Salud Mental en la Ley Nacional de Salud Mental (Argentina) Nº 26.657, Capítulo 5 "Modalidad de Abordaje", art. 12: *"La prescripción de medicación solo debe responder a las necesidades fundamentales de la personas con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales"*. (p.19).

## **Uruguay**

Una vez que hemos rastreado la historia del Acompañamiento Terapéutico, resulta relevante centrarnos en la situación de nuestro país. Como señala el título de la tesis de grado de Santiago Segovia (2014), en Uruguay el Acompañante Terapéutico es un nuevo agente de atención en salud mental y me animaría a decir que también en otras áreas de abordaje, como la educación.

En Uruguay, antes del 2008 el rol lo ejercían estudiantes avanzados de la Licenciatura en Psicología o Psicólogos, Psicopedagogos, Enfermeros, estudiantes de Magisterio o Maestros, así como profesionales o estudiantes de carreras afines. En el año 2007 el Lic. Francisco Rodríguez realiza una intervención asimilable al Acompañamiento Terapéutico en una institución de educación privada de Montevideo,

aunque con importantes componentes del modelo cognitivo-conductual de psicoterapia (Rodríguez, 2009).

En el 2008 surge una tecnicatura específica en la Universidad Católica del Uruguay, la cual está reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura. El único requerimiento para cursarla es ser bachiller y pasar una prueba de admisión. En noviembre de 2014 se llevó a cabo en la mencionada Institución el I Congreso Uruguayo de Acompañamiento Terapéutico, X Congreso Iberoamericano y IX Congreso Internacional denominado "Integrando Identidades".

En los últimos años se ha visto un aumento en la demanda de Acompañantes Terapéuticos, lo que ha llevado a un mayor conocimiento y divulgación del rol. Aún cuando vale aclarar que no existen estudios que ratifiquen esta afirmación.

En Uruguay, como en Argentina, existe una Asociación de Acompañantes Terapéuticos. La misma se generó con trece integrantes de la primera generación de egresados de la Tecnicatura y su principal función es dar a conocer el rol de AT (Segovia, 2014).

He podido comprobar personalmente que algunas entidades educativas - como es el caso del Colegio La Mennais - tienen una política institucional de inclusión de alumnos con diferentes discapacidades, tales como Síndrome de Down, Hipoacusia, Trastorno de Asperger, diferentes tipos de cuadriplejias, entre otros. La institución se encarga de proveer el Acompañante Terapéutico, quién es empleado de esta, incluyéndose en su dinámica y teniendo comunicación fluida con los diferentes actores: equipo Psicológico y Psicopedagógico, docentes, adscriptos, dirección, etc. En ese colegio el rol se denomina Acompañante Terapéutico Pedagógico, ya que trabaja en aula y tiene como tarea asesorar a los docentes en la realización de las adaptaciones curriculares. Se genera de esta forma una cultura institucional, en la cual se acepta y naturaliza la discapacidad, tratándola como una diferencia más, acompañando y apoyando tanto los aspectos curriculares como los procesos personales. El Acompañante interviene aquí a diferentes niveles – tal como describe Francisco Rodríguez (2009) - como si fueran círculos concéntricos. En un nivel más lejano están los aspectos de la institución que son menos frecuentes o relevantes para el paciente: portería, cantina, librería. En un segundo nivel los condiscípulos de otras generaciones. En un nivel más cercano se encuentran los compañeros de generación y sus docentes. Por fin, en un nivel central se encuentra el acompañado, con sus potencialidades y dificultades. Dependiendo de estas últimas, el abordaje se inclinará más hacia aspectos emocionales, conductuales, pedagógicos o sociales.

## **Marco Teórico: ¿Cómo se define el Acompañamiento Terapéutico? De la función al Dispositivo.**

*"Las palabras son música cargada de significado. Con algunas variaciones propias de su antigüedad, los términos que usamos son los mismos que un día pronunciaron los sacerdotes babilónicos, los guerreros persas, los faraones egipcios y los sabios griegos. (Soca, 2005).*

Como nos dice la hermosa cita de Ricardo Soca a pesar de que pasan los años y los idiomas evolucionan, cambian las lenguas, se generan nuevas palabras, los elementos a los que se hace referencia suelen ser en su mayoría los mismos. La palabra acompañar tiene la misma raíz etimológica que la palabra compañero que proviene del latín ad (hacia), con (completamente) y panis (pan, que simboliza el compartir el pan). Este elemento hace referencia al lugar en donde trabajará el acompañante, que se insertará en la vida cotidiana de la persona. Sin embargo, aunque las palabras muchas veces continúan haciendo referencia a los mismos elementos, los dispositivos evolucionan, se generan nuevos y por eso resulta más que nunca imprescindible definirlos. En nuestro caso resulta particularmente importante definir qué es un AT, especialmente en Uruguay, en donde el dispositivo es muy reciente y suele desdibujarse su encuadre y aplicación.

Kuras de Mauer (s.f.) da cuenta de la dificultad de transmitir de qué se trata el ser AT, ya que en el proceso histórico de composición de este dispositivo se pasó por diferentes etapas; se lo pensó como técnica, como profesión, como práctica clínica y como aporte complementario a la práctica psicoterapéutica. La misma autora junto a Resnizky, S. (2011) también advierte que las limitaciones en la definición del AT muchas veces generan problemas a la hora de integrarlos en un equipo interdisciplinario. El autor Gustavo Rossi da la siguiente definición, la que considero muy acertada:

*"El AT es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos*

*recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas" (Rossi, 2007, p. 44-45).*

A continuación, en el mismo texto, se refiere particularmente a los niños y la educación: *"En el caso de su intervención con niños, se fue ampliando en este campo, donde resulta cada vez más solicitado, desde la discapacidad y trastornos graves en la infancia, hasta la integración social / escolar"* (Rossi, 2007, p. 45). Observamos al final de la cita como el autor refiere específicamente a la implementación de este dispositivo en instituciones educativas. En otro texto, *La locura es Soledad* (2004), Rossi señala la importancia que tiene el Acompañante Terapéutico como mediador, guía, logrando evitar a través de su intervención la exclusión social de la persona que se presenta con un padecimiento psíquico importante, recomponiendo el vínculo entre esta y su entorno. Es esta función, ese puente, el que queremos resaltar en este trabajo. El acompañante como mediador entre la Institución Educativa y la persona con un padecimiento y la necesidad de Políticas Públicas para llevar esto a cabo.

Guillermo Altomano y Silvia M. Azpillaga (s.f.) por su parte, definen el Acompañamiento Terapéutico como una estrategia terapéutica que se despliega en la cotidianeidad del paciente (así sea que se encuentre internado o realizando un tratamiento ambulatorio), articulado en equipo con objetivos acordados por los profesionales tratantes. Definen entre los ámbitos de trabajo: internación clínica, hospital de día, institución de rehabilitación, institución psicopedagógica e institución pedagógica de integración. Más adelante establecen que una de las poblaciones con las que más trabajan los Acompañantes Terapéuticos son los discapacitados, sin distinción de edad.

Susana Kuras de Mauer y Resnizky (2011) se refieren al Acompañamiento como un dispositivo, tomando el concepto directamente de Foucault, quien lo define como un entramado complejo de discursos, prácticas, saberes, integra lo dicho y lo no dicho, está compuesto también por las instituciones, proposiciones morales y filosóficas, leyes. El dispositivo es el entramado, la red que se teje entre todos estos elementos heterogéneos, red de naturaleza estratégica. Kuras de Mauer y Resnizky rescatan tres elementos: la naturaleza estratégica, la heterogeneidad y el entramado de red. El primero - la naturaleza estratégica - es a mí entender el más importante. El mismo Foucault refiere que un dispositivo surge en tanto formación para dar respuesta a una emergencia, algo que podemos observar claramente en el surgimiento del

Acompañamiento como práctica terapéutica en su historia. Más específicamente en el tema que nos ocupa, el AT surge ante la necesidad de integrar a la escuela primaria a un sector de la población que hoy se encuentra fuera del sistema educativo.

La naturaleza heterogénea la vemos en múltiples aspectos: la cantidad de formulaciones teóricas, los diferentes tipos de pacientes, las diferentes técnicas aplicadas, la regulación de su trabajo profesional y de su formación.

El último aspecto, no menos importante, es el de "entramado de red". Esto puede tener múltiples interpretaciones. Las autoras refieren a la necesidad del AT como miembro de un equipo profesional interdisciplinario. En segundo lugar mencionan a la red como enlace entre los elementos que hacen al dispositivo: instituciones, encuadre, teoría, técnica etc. En este sentido me permito agregar un aspecto: el surgimiento de la profesión se desarrolla contextualmente en el declive del paradigma positivista y la instauración del "Paradigma de la Complejidad". La misma palabra *complejidad* alude a esta red de relaciones. Dice David Amorín (2008) citando a Morín, que la palabra complejo proviene del latín "complexus", significando "lo que está tejido en conjunto".

Por último la red vincular que se entabla entre el AT y su paciente. Las autoras (psicoanalistas) refieren al trabajo en Transferencia. Aunque considero que este punto va más allá de la corriente psicológica desde la que se trabaje. En tal sentido, si vamos al concepto mismo de dispositivo, tal como lo concibió Foucault, en el texto *¿Qué es un dispositivo?* (Agamben, 2011), encontramos que él señala otro punto relevante del mismo y es el cruzamiento de relaciones entre el poder y el saber. El saber del componente técnico del Acompañante le permitirá ejercer acciones (en términos foucaultianos, ejercer poder) sobre el acompañado y su entorno, que generen movimientos y cambios en pos de su salud.

Por su parte una Acompañante entrerriana (Minaglia, S., 2012), considera que *"El Acompañante Terapéutico se inserta en la vida cotidiana del enfermo, ya sea en su domicilio, la institución en que se halle internado o en forma ambulatoria. - podríamos agregar "en la institución educativa" - "Trabaja en un nivel vivencial, no interpretativo, dentro de un equipo interdisciplinario y siguiendo las consignas del terapeuta a cargo del caso..."*. (p.2). Se ve claramente en esta descripción de tareas y funciones el entramado de red del dispositivo de AT.

No debemos omitir la heterogeneidad de campos en los que trabaja el Acompañante Terapéutico, con pacientes que se encuentran en diferentes etapas del

ciclo vital: Psicosis, Trastornos Generalizados del Desarrollo, Trastornos del Espectro Autista, Trastornos Disruptivos, adicciones, pacientes con enfermedades terminales, pacientes de tercera edad ligados (o no) al deterioro cognitivo, depresiones, fobias, etc. (Cossi, 2011). En este trabajo nos centramos en las intervenciones de los AT en las escuelas, por lo tanto tendremos en cuenta aquellas patologías o condiciones con las que se trabaja en estas instituciones. Debe considerarse que si bien una de las influencias de su surgimiento fue el Psicoanálisis, tal como dice Rossi (2007), en función de su evolución histórica no podemos plantearlo ligado únicamente a esta corriente, sino que recibe aportes desde múltiples escuelas teórico-técnicas, así como de diferentes enfoques en la dimensión política y social.

### **Funciones del Acompañante Terapéutico:**

Existen diferentes teorizaciones sobre las funciones del Acompañante Terapéutico. De acuerdo a las antes citadas Kuras de Mauer y Resnizky (2009), desde un marco teórico psicoanalítico son:

1. Contener al paciente: esta función es fundamental. El Acompañante es sostén del paciente en todas aquellas situaciones que lo desbordan emocionalmente: angustia, ansiedad, desvalimiento, miedos, etc.

2. Ofrecerse como referente: esta función alude, entre otros aspectos, a la actitud de ofrecerse como referente identificadorio del paciente, siempre con el cuidado de no ser el único modelo del mismo. Al trabajar en la cotidianeidad, el acompañante puede mostrar cómo actuar y reaccionar ante determinadas situaciones de la vida cotidiana, rompiendo así con los modelos estereotipados que lo llevaron a enfermarse. Desde las corrientes cognitivo conductuales podríamos vincular este punto, o reconceptualizarlo, teniendo en cuenta los modelos de aprendizaje imitativo desarrollados por Albert Bandura y Richard Walters en los años sesenta (Chertock, 2006).

3. Ayudar a reinvestir: organizar al paciente y ayudarlo en las tareas que no puede realizar, (refiere fundamentalmente a pacientes psicóticos).

4. Registrar y potenciar la capacidad creativa del paciente: este punto refiere principalmente a explorar las capacidades del paciente y alentar su desarrollo. Fomentar las áreas de personalidad mejor organizadas en relación a los elementos más desajustados.

5. Aportar una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente: al establecerse un vínculo cotidiano con el, el acompañante tiene acceso a gran cantidad de información: personas con las que se relaciona, miembros de la familia, emociones, etc. También es capaz de registrar conductas relevantes referidas a los hábitos alimenticios, sueño, higiene, etc. Esta mirada del acompañante es sumamente importante para el equipo terapéutico, así como también son relevantes los cambios significativos que observe en estos aspectos.

6. Habilitar un espacio para pensar: este punto hace referencia principalmente a los abordajes de corte psicoanalítico, refiriéndose a que el AT no interpreta formaciones del inconsciente de su paciente. Esto, según he comprobado, resulta sumamente difícil para aquellos acompañantes formados también en psicología y en psicoanálisis. Sin embargo sí refiere a ser "intérprete" del paciente. Considero que el A.T. ayuda al paciente a darse a entender en aquellos casos en que no pueda hacerlo, siempre fomentando su autonomía progresiva. De igual forma en el vínculo se generan diálogos que amplían el intercambio discursivo del paciente.

7. Orientar en el espacio social: existe una escisión - en mayor o menor grado - del paciente con el ambiente social que lo rodea. En la medida en que el tratamiento lo permita, el Acompañante tendrá además por función este reencuentro paulatino con el ambiente social.

8. Intervenir en la trama familiar: puede ser también función del Acompañante Terapéutico contribuir a "descomprimir" y "amortiguar" las interferencias con las relaciones familiares.

Además de estas, existen funciones que se van generando de acuerdo al abordaje realizado. En el caso de los abordajes en instituciones educativas, tendremos que muchas veces el Acompañante tendrá a cargo funciones pedagógicas, como por ejemplo ayudar a los docentes a realizar las adaptaciones para las clases en aula,



trabajos en equipo o pruebas de manera que el acompañado pueda realizarla, cumpliendo con las expectativas requeridas. Esta tarea se realiza siempre en coordinación con el equipo psicopedagógico del colegio y en articulación con los abordajes de profesionales exteriores a la institución.

Cada abordaje será particular y requerirá de estas y probablemente de otras funciones, en mayor o menor medida.

### **Proceso de Inclusión:**

Hay que realizar, antes que nada, una clara distinción entre la inclusión y la integración. Para poder realizar adecuadamente un proceso de inclusión se debe cumplir con una serie de aspectos que plantearemos a continuación; el no cumplimiento de alguno de ellos, imposibilitaría la realización de la inclusión.

La integración, con matices, es un acto de beneficencia que se conforma con ubicar a los niños con necesidades diferentes en escuelas que no pueden satisfacerlas adecuadamente, muchas de las veces bajo el rótulo de "inclusión social". No es este el lugar para realizar un examen exhaustivo de ambos términos, por lo que nos limitamos a hacer la aclaración.

Como señalamos al comienzo, el postulado central de este trabajo final de grado se centra en la implementación del Acompañamiento Terapéutico como dispositivo fundamental que haga posible la inclusión al Sistema Educativo de sujetos en situación de vulnerabilidad social. En su mérito, se torna imprescindible definir con precisión qué se entiende por inclusión. Recurrimos para ello a Werneck:

*La elaboración e implementación de acciones y políticas encaminadas para el desarrollo socioeconómico y humano que apuntan a la igualdad de oportunidades y derechos entre todas las personas, independientemente de su estatus social, género, condiciones físicas, intelectuales o sensoriales... el concepto valoriza la contribución de cada ser humano al proceso de desarrollo que es concebido de forma amplia, superando los limitados modelos asistencialistas... (Werneck, 2005 citado por De Armas Stella. M, 2008, p. 58, citado por De Armas, S., Grobert C. y Telis C., 2010. p. 20 ).*

La inclusión como un proceso y no como una condición determinada. De Armas, S., Grobert C. y Telis C. (2010) refieren a que Arnáis, M. y Ortiz, C. (2001) establecen que el objetivo de las escuelas inclusivas es formar un sistema de educación que cubra las necesidades de todos los alumnos, para lo que se hace necesario reestructurar las instituciones educativas.

De acuerdo a De Armas, S., Grobert C. y Telis C. (2010), se distinguen determinadas características del proceso inclusivo. Ellas son:

1. Un currículum adaptado o flexible, a través del cual el niño desarrolle sus habilidades y aprendizajes acordes a sus características.
2. Una planificación lo suficientemente amplia, capaz de ser adaptada a las características y necesidades de todos los alumnos, atendiendo al ritmo de trabajo de cada uno.
3. Una cultura institucional desde donde se funde la inclusión.
4. Una institución que promueva la inclusión de todos los alumnos.
5. El aula y la institución en general se deben organizar partiendo de las características de los alumnos, con la intención de contribuir con el proceso educativo de todos.
6. Los materiales deben ser diversos, para satisfacer las necesidades de cada alumno.
7. Los docentes deben tener una formación en educación especial.
8. Se debe trabajar desde una perspectiva personalizada, en la que se tenga presente las características de cada uno de los niños, atendiendo así a la diversidad.

Me centraré aquí en los tres puntos que guardan mayor vinculación con este trabajo, a saber:

- *Una cultura institucional desde donde se funde la inclusión.* Este punto es especialmente relevante, ya que refiere al postulado central de esta tesis. Enseñan De Armas, S., Grobert C. y Telis C. (2010): "*La inclusión debe ser parte de la cultura institucional y no gestarse desde la individualidad de cada docente*". A pesar de lo útil que suelen ser los esfuerzos y la buena voluntad de algunos docentes, en forma aislada no resultan suficientes. Es necesario que la institución pueda brindar información a toda la comunidad educativa sobre las prácticas inclusivas, cómo, con quién y de qué manera aplicarlas.

De acuerdo a los autores recién mencionados, el concepto de cultura institucional hace referencia al conjunto de significados, principios, valores y creencias compartidos por los miembros de la organización y manifestados de forma comprobable, que le dan a la misma una identidad propia y explican la conducta de los individuos que la forman. De lo antedicho se desprende que para caracterizar a una escuela o a cualquier otra institución como inclusiva, ello debe ser parte de su cultura.

Considero que una cultura institucional inclusiva permite la articulación de las actividades de todos los actores en pos de los mismos objetivos. Es en el marco de una cultura institucional inclusiva en dónde se inserta la figura del Acompañante Terapéutico, permitiendo optimizar los esfuerzos de todos los actores institucionales y brindando una atención particular al Acompañado. El modelo que nos presenta Rodríguez (2009), en el cual se trabaja en la Institución en círculos concéntricos es un claro ejemplo de ello. En el centro se encuentra el individuo (sus conductas, creencias, emociones, relaciones sociales, etc.), en un segundo círculo sus pares y profesores; en el tercero su generación y por fin en el último y más alejado, otros actores (no menos relevantes) que van desde el personal de servicio, fotocopiadora, cantina y quienes, al estar insertos en una cultura institucional inclusiva, serán receptivos al trabajo del acompañado con el paciente, y su forma de integrarse a él. La familia en este caso queda en un nivel por fuera de estos círculos. Me permito afirmar que estos círculos variarán de acuerdo a cada individuo y a cada institución, en cantidad y en actores que los constituyan.

- El siguiente punto a analizar requiere "Una Institución que promueva la inclusión de todos los alumnos". Este punto hace referencia a la necesidad de otorgar a los docentes la formación e información necesaria para que puedan trabajar seguros y confiados, de manera de generar en toda la institución un clima cálido, sin tensiones,

agradable, ameno. Este clima solo es posible a partir del conocimiento y la empatía con el otro.

Cuando los recursos habituales no son suficientes, ya sea porque la formación docente no lo es, las características del grupo no lo permitan o cuando las dificultades del alumno requieran mayor atención, estimo que la presencia de un Acompañante Terapéutico resulta esencial. El Acompañante Terapéutico deberá tener un buen conocimiento de la discapacidad, condición o patología de su acompañado y dominio de las técnicas que deberá utilizar para abordar tanto aquellos aspectos relacionados con lo curricular, como con los aspectos centrados en la integración del niño a la institución. Al trabajar en aula deberá ser capaz de hacerlo desde el vínculo, abordando lo conductual, lo emocional, lo cognitivo y lo social. Todo esto requiere de formación específica, así como de políticas institucionales y me animaría a decir que hasta estatales, que faciliten su trabajo y su comunicación con los diferentes actores de la institución.

- El último punto que deseo destacar refiere a la importancia de trabajar desde una perspectiva que tome en cuenta la necesidad de cada uno de los niños, teniendo en cuenta su diversidad. Este punto no refiere solamente a aquellos pacientes con discapacidades, condiciones, patologías u otras problemáticas, sino a la heterogeneidad de cada niño, con sus fortalezas y dificultades.

Las necesidades educativas comunes, como escribir o resolver problemas, resultan aprendizajes esenciales para el desarrollo personal y social. Las necesidades educativas individuales surgen de procesos educativos como consecuencia de las distintas capacidades, intereses, ritmos y estilos de aprendizaje de los alumnos. Cuando los recursos metodológicos habituales se ven excedidos, es que se requieren medidas pedagógicas específicas. La educación personalizada se apoya en considerar al ser humano como persona y no solamente como un organismo que reacciona a los estímulos del medio. De manera tal que el alumno debe ser considerado como un individuo con capacidad de desarrollo integral.

El principal aspecto de la personalización es la atención a la diversidad y adaptación, ya que no hay dos alumnos iguales.

De acuerdo a Armas, S., Grobert C. y Telis C. (2010) en el Proceso de Inclusión participan múltiples actores: niño, familia, institución (maestros, profesores, equipo psicopedagógico y psicológico, acompañante) y el equipo externo. En este modelo el acompañante está incluido dentro de la institución y es su función brindar el apoyo

necesario para hacer viable la inclusión, ya sea en el área social, pedagógica, conductual, contención afectiva, área comunicativa, etc. La función del Acompañante variará entonces en cada caso, sin embargo es importante destacar que este no es intermediario entre la familia y la institución y/o el equipo externo, como se ha planteado en algunas teorizaciones.

Este modelo facilita la comunicación y el trabajo en conjunto con el equipo docente, la inclusión del alumno, tanto en el área social como en el desempeño académico.

## **El marco legal**

*"Todas las personas son iguales ante la Ley no reconociéndose otra distinción entre ellos sino la de sus talentos y virtudes"* (Constitución de la República Oriental del Uruguay, artículo 8).

De acuerdo a la Ley N° 18.651 (2010), Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad, en su artículo 1°, debe establecerse un sistema de protección integral que incluya la educación y que permita neutralizar las desventajas que tienen estas personas. En el artículo 4° de "Rehabilitación integral" reitera la importancia de la aplicación coordinada de distintas medidas: médicas, psicológicas, laborales y educativas.

El artículo 5 resulta también relevante ya que dice expresamente *"Las personas con discapacidades gozarán de todos los derechos sin excepción alguna..."* y los enumera, siendo de relevancia para este trabajo los siguientes: *"C) A la adopción de medidas destinadas a permitirle mayor autonomía"* y en el siguiente: *"D) A la salud, la educación, la adaptación y readaptación profesionales y a su inserción laboral."* En el artículo 8 se expresa: *"El estado prestará asistencia coordinada a las personas con discapacidad que carezcan de algunos o todos los beneficios"*. Entre los medios para conseguirlo, en el inciso D menciona *"Programas tendientes a la educación en la diversidad propendiendo a su integración e inclusión"*.

En relación a la educación resultan de suma importancia los artículos 39 y 40 (pp. 9-10), los que establecen textualmente:

**"Artículo 39.-** *El Ministerio de Educación y Cultura en coordinación con la Administración Nacional de Educación Pública deberá facilitar y suministrar a la persona con discapacidad, en forma permanente y sin límites de edad, en materia educativa, física, recreativa, cultural y social, los elementos y métodos científicos, técnicos o pedagógicos necesarios para que se desarrolle al máximo sus facultades intelectuales, artísticas, deportivas y sociales.*

**Artículo 40.-** *La equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, desde la educación inicial en adelante, determina que su integración a las aulas comunes se organice sobre la base del reconocimiento de la diversidad como factor educativo, de forma que apunte al objetivo de una educación para todos, posibilitando y profundizando el proceso de plena inclusión en la comunidad.*

*Se garantizara dicha inclusión, se asegurará la flexibilización curricular de los mecanismos de evaluación y la accesibilidad física y comunicacional".*

El artículo 46 refiere a que los centros de educación, recreativos, deportivos, etc. no podrán discriminar, debiendo facilitar el acceso de sus instalaciones y servicios a las personas discapacitadas.

El Capítulo IV de la mencionada norma resulta sumamente importante, ya que refiere a la asistencia personal de Personas con Discapacidades Severas. En este Capítulo se faculta al Poder Ejecutivo para crear un Programa de Asistentes Personales que acompañen a las personas con discapacidades severas, proporcionando una prestación económica para su contratación. Los asistentes personas deberán estar capacitados para asistir en tareas de la vida cotidiana: levantarse de la cama, higiene, vestimenta, alimentación, movilización, trabajo, estudio y recreación. Se requiere tener un certificado habilitante para realizar esta labor.

Si bien la figura del Asistente Personal se encuentra lejos de estar claramente determinada e incluye actividades que pueden cumplir desde un cuidador hasta un enfermero, constituye una prestación social que determina una figura que se "acerca" a la del Acompañante Terapéutico.

En síntesis, la Ley asegura el Derecho a la Educación de las Personas con Discapacidad, debiendo las instituciones aceptar su inclusión; estableciéndose además prestaciones por medio del Banco de Previsión Social para Asistentes Personales, que pueden cumplir entre otras funciones, tareas vinculadas a la educación o integración en centros educativos.

El actual programa de gobierno tiene como uno de sus objetivos principales la elaboración e implementación de un Sistema Nacional de Cuidados (SNIS). El Proyecto de Ley ha sido elaborado por el Poder Ejecutivo y se encuentra ahora a consideración del Legislativo. El SNIS tendrá como objetivo implementar políticas públicas para atender las necesidades de personas en situación de dependencia, fomentando la mayor autonomía, en un marco de corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la comunidad.

En su introducción el texto señala expresamente: "*Hasta el presente la protección de los ciudadanos del Uruguay se ha erigido sobre la base de tres pilares fundamentales: la educación, la salud y la seguridad social*". (p.1).

A continuación se hace una valoración sobre el hecho de que aún hoy, el cuidado de las personas que pierden autonomía por diferentes razones no es visualizado socialmente como una responsabilidad. Se parte de la idea que estas personas son sujeto de derecho y por tanto el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de sus derechos, entre ellos a la educación.

Más adelante afirma que la mejora en el desarrollo de las bases económicas a largo plazo, está directamente vinculada a la mejora de los niveles de educación.

Se hace necesario establecer o conceptualizar qué son "cuidados". La Ley lo expresa así:

*Artículo 3° - Cuidados - Se entiende a los Cuidados como una función social que implica tanto la promoción del desarrollo de la autonomía personal como la atención y la asistencia a las personas dependientes. Constituye el conjunto de acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida cotidiana"*  
(Proyecto de Ley: Sistema Nacional de Cuidados, 2015, pags. 10 y 11).

El artículo 4 define quienes son los destinatarios de estas políticas. Entre ellos merece destacarse que incluye a las personas con discapacidades no autovalentes y los niños de entre 0 y 12 años

Otro punto ha resaltar del Proyecto de Ley es que apunta a la profesionalización de los cuidadores, los que ya desde hace un tiempo en gran medida salieron de la órbita familiar. Se presenta entonces una dificultad en la provisión de los cuidados por parte del mercado y cómo se justifican estos ante el Estado. Otro problema es que se pueden generar fenómenos de desigualdad en relación a las capacidades económicas de las familias, generándose una estratificación de los servicios. Precisamente, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados pretende equiparar estas desigualdades.



## Conclusiones

*"Mefistófeles: Querido Amigo: Gris es toda teoría, pero verde es el áureo árbol de la vida"* (Goethe, Fausto, p. 23)

Por su condición sui generis, el acompañamiento terapéutico es único, sin igual e inclasificable. Virtud y defecto. Como las emociones que no pueden ser puestas en palabras; así comenzaba a gestarse esta profesión en los 60. Su función fortuita, sin encuadre, pero altamente efectiva en hospitales psiquiátricos, ya existía ejercida por idóneos que dedicaban su tiempo a ayudar a personas padecientes. El acompañamiento terapéutico lograba existir a través de definiciones meramente operativas sobre su función. Más adelante se produjeron los esbozos de una conceptualización constitutiva, que ayudaron a comprender mejor los fundamentos teóricos de su origen. Se pudo proveer así del rigor empírico y científico que necesitaba para establecerse como un dispositivo más dentro del ámbito de la salud y la educación, impulsando a su vez, aunque más lentamente la investigación.

Hoy sabemos que este dispositivo tiene un principio (su historia y contexto), una base teórica con conocimientos científicos y hechos observables tales que modelaron la visión sobre la calidad de vida del sujeto e inducen el surgimiento de nuevas y sustentables políticas públicas de Salud y Educación.

El acompañamiento terapéutico como cualquier otra profesión, aunque nueva, luego de los diversos escenarios acontecidos a lo largo de la historia de la salud y sus instituciones adheridas, ha validado con rigor científico su función privilegiada dentro de los tratamientos interdisciplinarios. Actualmente en la Argentina hay proyectos de ley, decretos provinciales y leyes que intentan proteger y respaldar la práctica del AT. Universidades estatales y privadas, centros de formación académica, proyectos editoriales, congresos y profesionales en particular, trabajan en este reconocimiento legal, propiciando la regularidad del ejercicio y evitando las confusiones operativas en los distintos ámbitos donde el Acompañante Terapéutico se desenvuelve. En Uruguay aún nos encontramos muy atrasados respecto a nuestros vecinos, pero se hace cada vez más necesario aprender de sus luchas y su historia para hacer un camino propio.

Este trabajo final de grado concluye que es absolutamente necesario que el AT despliegue sus estrategias dentro de un marco específico institucional, asegurando de esta manera ser participante activo en los tratamientos interdisciplinarios que

correspondan, de acuerdo a los criterios de abordaje terapéutico para la persona con necesidades especiales. Esto es aún más necesario en las Instituciones educativas, principalmente en las escuelas primarias, ámbito que como describíamos más arriba se funda sobre la base de un acceso universal a las mismas.

La inclusión de estas personas en las escuelas (también liceos y otros centros de educación), se ve realmente obstaculizada cuando los límites operativos de cada profesional miembro de los equipos interdisciplinarios se desdibujan o en el desconocimiento se anula el ejercicio del AT, imposibilitando principalmente la creación de redes con los interlocutores del tratamiento. Esto repercute directamente en la calidad de vida de la persona

La creación de políticas públicas, así como culturas institucionales, ya sea en Instituciones públicas o privadas, que otorguen la prestación del acompañante terapéutico, hará posible y tangible la inclusión de estas personas al medio educativo, del cual son sujetos de derecho, tal como establece nuestra Constitución. Las políticas institucionales no deben solamente apuntar a que las instituciones acepten acompañantes en sus aulas o permitan la integración de personas con discapacidad u otros padecimientos, sino deben realmente exigir que las instituciones, tanto públicas como privadas, brinden la prestación de Acompañantes Terapéuticos, adecuadamente formados e integrados al staff institucional, permitiendo realizar el proceso de inclusión de los niños en articulación con el resto de los profesionales y el personal auxiliar. Permitiendo así también la generación en el Acompañante de un sentido de pertenencia y una comodidad en su trabajo, que no surgen cuando actúa como un "agente externo" al lugar donde trabaja.

Asimismo considero que ha de ser responsabilidad de la institución y no de la familia la contratación del Acompañante Terapéutico. Por tanto estimo que los costos del servicio no deben recaer sobre la familia, sino que ha de hacerse cargo de los mismos la institución, ya sea pública y dependa del Estado o privada, garantizando así la universalidad del acceso a la educación.

Otro aspecto que creo conveniente resaltar, es que estas políticas públicas tienen que apuntar a la formación de acompañantes especializados para desempeñarse en instituciones educativas y capacitados para trabajar con las diferentes patologías, discapacidades o dificultades de los acompañados. Este punto es fundamental, teniendo en cuenta que hoy en día no hay formación en esta área en la educación pública terciaria, quedando esta circunscripta a las instituciones privadas.

La creación de políticas públicas está estrechamente relacionada con la capacidad de poder sostenerlas, para ello como dijimos, se hará necesaria formación específica. Esta repercutirá directamente en la necesidad de leyes habilitantes y reguladoras del ejercicio del Acompañamiento Terapéutico en el país, así como contribuirá directamente a la divulgación y legitimación del dispositivo.

## Bibliografía:

- Abadie Soriano, R. (1968). *José Pedro Varela y la Escuela para la Democracia*. Acta de conferencia recuperada el 15 de agosto del 2015 de [http://www.reu.edu.uy/jpv/presentacion/varela\\_conf3.html](http://www.reu.edu.uy/jpv/presentacion/varela_conf3.html)
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 249-264.
- Altomano, G. y Azpillaga, S. (s.f.). *El Acompañamiento Terapéutico*. Recuperado el día 15 de Agosto de 2015 del Sitio Web *CPC Centro de Psicología Clínica, Laboral y Forense*: [http://www.cpcba.com.ar/acompanamiento\\_terapeutico.html](http://www.cpcba.com.ar/acompanamiento_terapeutico.html)
- Amorín, D. (2008). *Apuntes Para una Posible Psicología Evolutiva 1*. Montevideo: Psicolibros waslala.
- Camino, R. (1981). *Comunidad Terapéutica en Ciudad Federal (Disertación en Mesa Redonda)*. Recuperado el 08 de agosto del 2015 de: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.moffatt.com.ar%2Farticulos%2Fcap4%2F4artComunidadTerapeuticaFederal.doc&ei=69-RVaWrKcaDsAXZ0jg&usg=AFQjCNHbd\\_K1Z7Wwl-viqf8X-IrV7TXLJA&sig2=-rfuvNblaJl8kKyG7gFYfA&bvm=bv.96783405,d.b2w](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.moffatt.com.ar%2Farticulos%2Fcap4%2F4artComunidadTerapeuticaFederal.doc&ei=69-RVaWrKcaDsAXZ0jg&usg=AFQjCNHbd_K1Z7Wwl-viqf8X-IrV7TXLJA&sig2=-rfuvNblaJl8kKyG7gFYfA&bvm=bv.96783405,d.b2w)
- Chertcok, A. (2006). *Las Causas de Nuestra Conducta*. Recuperado el 15 de agosto de 2015, de <http://www.psicologiatotal.com/lascausas.pdf>
- *Constitución de la República Oriental del Uruguay* (1967). Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm>
- Cossi, E. F. (2011). *Consideraciones sobre el Acompañamiento Terapéutico*. Recuperado el 08 de agosto de 2015 del sitio Web *Scribd*: <http://es.scribd.com/doc/52155975/CONSIDERACIONES-SOBRE-EL-ACOMPANAMIENTO-TERAPEUTICO>

- De Armas, S., Grobert C. y Telis C. (2010) *Desde lo que se propone, a lo que se hace: Una Escuela... ¿Inclusiva o integradora?* Memoria de grado: Universidad Católica del Uruguay, Montevideo.
- Dragotto, Pablo (2010). *Historia y Actualidad del Acompañamiento Terapéutico*. Recuperado el 08 de agosto de 2015, del sitio Web *Acompañamiento Terapéutico Madrid*: <http://www.alejandrochevez.com/2010/07/historias-y-actualidad-del.html>
- Focualut, M. (1979). *Microfísica del Poder*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Goethe, J. W. (1808) *Fausto*. Recuperado el 16 de agosto de 2015 de [http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca\\_digital/libros/g/Goethe%20-%20fausto.doc.pdf](http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca_digital/libros/g/Goethe%20-%20fausto.doc.pdf)
- Kuras de Mauer, S. (s.f.) *La Función de acompañar. Acompañamiento Terapéutico su valor como dispositivo*. Recuperado el 15 de agosto de 2015, del sitio Web *Imago Agenda*: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1491>
- Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (2011). *El Acompañamiento Terapéutico como Dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.
- Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2009). *Acompañantes Terapéuticos. Actualización Teórico-Clínica*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.
- Ley General de Educación 18.437. Diario Oficial N° 27654, Montevideo, Uruguay, 16 de enero del 2009.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041, Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.

- Ley de Protección Integral de personas con Discapacidad N° 18.652. Diario Oficial N° 27932, Montevideo, Uruguay, 9 de marzo de 2010.
- Minaglia, S. (2012). *Acompañamiento Terapéutico en la Externación. Informe Técnico no publicado*. Rosario del Tala, Entre Ríos, Argentina.
- Montañez Fierro, S. (2014). Parentalidades/ Reconocimiento/ Amor/ Autonomía. En INAU, Parentalidades y cambios familiares Enfoques teóricos y prácticos (págs. 136-147). Montevideo: inau.
- Organización de Naciones Unidas. (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado el 1 de julio de 2015, de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Pulice, G. O. (2011). *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pulice, G. O. (2012). *Acerca de la especificidad del Acompañamiento Terapéutico*. Recuperado el 19 de setiembre del 2015 del Sitio Web *Acompañamiento Terapéutico Comunitari*: <http://acompanyamenteterapeutico.blogspot.com.uy/2013/04/acerca-de-la-especificidad-del.html>
- Rodríguez, F. (2009). Intervención Psicoterapéutica en el ámbito educativo: relato de una experiencia. *Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta S.U.A.M.O.C.*, 24-29.
- Rossi, G. P. (2007). *ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
- Rossi, G. P. (2004) *La Locura de la Soledad*. Recuperado el 27 de agosto de 2015 del Sitio Web *Página 12*: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-43433-2004-11-14.html>

- Rossi, G. P. (s.f.) *El Acompañamiento Terapéutico y los Dispositivos alternativos de atención en salud mental*. Recuperado el 15 de agosto del 2015 de:  
<http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientoterapeuticoylosdispositivosalternativosdeatencionalasaludmental.pdf>
- Segovia, S. (2014). *El Acompañante Terapéutico Un nuevo agente de atención en Salud Mental* (Tesis de grado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Sistema Nacional de Cuidados, Proyecto de Ley. Presidencia de la República 5 de marzo de 2015. Recuperado el 15 de agosto de 2015 de  
[http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2015/03/mides\\_2.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2015/03/mides_2.pdf)
- Soca, R. (2005). *La fascinante historia de las palabras. Tomo I*. Montevideo: Asociación Cultural Antonio de Nebrija.