

UNIDAD ACADÉMICA: FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

*“Posibilidades de Tratamiento Psicológico del Trastorno Autista
en Instituciones del Sistema Sanitario Público y Privado
de la Ciudad de Mar del Plata”*

**Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O. C. S. (143/89)**

Autores

Aguirre, Samanta.	Mat. 06037/03	DNI 29958931
Cornejo, Darío Alejandro	Mat. 06087/03	DNI 31885729

Supervisora

Mg. Bucci, Irene

- Mayo 2010-



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-18 A	
	N° INVENTARIO:
	R-10 940

UNIDAD ACADÉMICA: FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

*“Posibilidades de Tratamiento Psicológico del Trastorno Autista
en Instituciones del Sistema Sanitario Público y Privado
de la Ciudad de Mar del Plata”*

**Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O. C. S. (143/89)**

Autores

Aguirre, Samanta. Mat. 06037/03 DNI 29958931

Cornejo, Darío Alejandro Mat. 06087/ 03 DNI 31885729

Supervisora

Mg. Bucci, Irene

- Mayo 2010-



USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Este informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Aguirre, Samanta y Cornejo, Darío, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”

APROBACIÓN DE LA SUPERVISORA

La que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Aguirre, Samanta - Mat. 06037/03 - y Cornejo, Darío – Mat. N° 06081/03-, conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 27 días del mes de Marzo del 2010.



Firmado: Mg. Irene Bucci

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA SUPERVISORA

Mar del Plata, 27 de Mayo de 2010

Por la presente se evalúa a esta tesis como muy satisfactoria, ha introducido una temática no abordada a la fecha en la ciudad de Mar del Plata, como es el relevamiento institucional abocado al tratamiento del síndrome del autismo.

Trabajo que aporta un sólido marco teórico donde se presentan las diferentes concepciones de las distintas escuelas psicológicas e integra conceptos pertinentes como el de interdisciplina. Expone, los lineamientos de las políticas públicas de salud operativizadas en la década del '90; lo que permite entender porque en el ámbito de lo público no se cuente con ningún servicio abocado al tratamiento de dicho síndrome.

Muestra un prolijo tratamiento metodológico, lo que posibilita la construcción de datos cuantitativos, no obstante lo más rico se da a nivel cualitativo, ya que nos acerca a la representación que tienen los profesionales sobre el tratamiento del autismo.

Por todo lo expuesto, considero en mi condición de supervisora, que la calidad de esta tesis contribuye a la profundización del conocimiento del campo de la salud mental en nuestra ciudad.



Firmado: Mg. Irene Bucci

PRESENTACIÓN ANTE LA COMISIÓN ASESORA

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Aguirre, Samanta - Mat. N ° 06037/03 - y Cornejo, Darío - Mat. N ° 6081/03 -”.

Aprobado a los....días del mes de..... del 2010.

PLAN DE TRABAJO

Apellido y Nombre de los alumnos: **Aguirre, Samanta; Cornejo, Darío**

Matricula y Año: 06037/03 ; 06081/03

Cátedra o Seminario de Radicación: ---

Supervisor: **Bucci, Irene**

Co – Supervisor: ---


Título del Proyecto: Las posibilidades de tratamiento psicológico del trastorno autista en instituciones del sistema sanitario público y privado de la ciudad de Mar del Plata


Descripción resumida (no más de 150 palabras):

Se realizará una investigación del tipo exploratoria con el objetivo de relevar y analizar cuantitativa y cualitativamente las posibilidades de tratamiento psicológico del trastorno autista en el sistema sanitario público y privado de la ciudad de Mar del Plata. Dada la carencia de datos e información que el estado del arte evidencia en la actualidad, no se planteará ninguna hipótesis científica a corroborar. Se diseñarán dos técnicas de recolección de datos: una entrevista de carácter semi estructurada dirigida a un miembro del equipo psicológico de las instituciones relevadas y un modelo de cuestionario autoadministrado dirigido a un miembro de la dirección de las instituciones, ambas con el fin de recabar distintos tipos de datos en las instituciones. La actual carencia de tal registro, así como la posibilidad de comparación Inter - institucional que tales datos permitirían, resulta motivo suficiente como para emprender nuestra investigación y posibilitar lineamientos para futuros trabajos.

Palabras claves (hasta cinco): autismo, tratamientos psicológicos, instituciones, sistema sanitario marplatense.


Darío A. Cornejo.


SAMANTA Aguirre


Irene Bucci



Descripción detallada

Motivo y antecedentes: El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo que actualmente presenta delimitaciones nosográficas y semiológicas claramente definidas y consensuadas dentro de la comunidad científica - profesional mundial (los criterios diagnósticos del DSM IV y del CIE – 10 así lo demuestran). Sin embargo, la actualidad de los múltiples tratamientos terapéuticos que ofertan las distintas disciplinas de la salud no comparten las mismas características de claridad que poseen sus criterios diagnósticos. Una breve y superficial indagación por la bibliografía especializada respecto a la variedad de tratamientos posibles nos da una imagen de tal confusa amplitud, al encontrarnos con una larga y desordenada lista de terapias que proclaman efectividad para tratar el autismo, muchas de ellas de dudosa validez científica (Wing, 1998; Riviere, Marto, 1997). No obstante, y más allá de la amplia lista de tratamientos posibles, en la actualidad del ámbito psicológico argentino vemos coexistir dos modelos teóricos preponderantes en el tratamiento del trastorno autista: el psicoanálisis y el cognitivismo – comportamental; ambos con conceptualizaciones y lineamientos terapéuticos claramente divergentes.

Por otra parte, y más allá de los posicionamientos escolásticos que vician a la disciplina psicológica, los abordajes psicoterapéuticos que cuentan con mayor evidencia científica en el tratamiento del autismo han terminado por reconocer el necesario esfuerzo interdisciplinario y transdisciplinario que implica todo tratamiento psicológico de personas diagnosticadas con este complejo trastorno. Hecho que promueve, paulatinamente, la creación y sostenimiento de distintos abordajes institucionales, en donde la interdisciplina se concretaría a partir de la conformación pluralista de un equipo de investigación y de trabajo. Mientras que, la transdisciplina se constituiría desde la construcción permanente de un conocimiento en donde se borrarían las barreras disciplinarias para lograr la construcción de un saber mega – explicativo (Stolkiner, 2003).

Sin embargo, a la par de los avances internacionales científicos y praxiológicos que se han desplegado en el tratamiento del trastorno autista, han acontecido modificaciones sustantivas en el orden socio – político – económico regional.

La reforma del Estado, la apertura económica, el nuevo marco político – cultural de formación de sujetos sociales y de personas, la relación entre el capital, el Estado, la sociedad civil y las diversas jurisdicciones territoriales (nación, provincias, municipios) se han modificado sustancialmente. La implementación del modelo neoliberal y los cambios contextuales inducidos y profundizados en la Argentina en las décadas

anteriores, con sus secuelas de pobreza y exclusión social sin precedentes, han modificado la configuración del sistema sanitario en su conjunto y las políticas estatales sobre salud mental en particular, y, consecuentemente, han transformado el funcionamiento de las instituciones asistenciales en el campo de la salud mental.

Por todo ello, resulta de nuestro interés relevar las características singulares que presentan los distintos tratamientos institucionales de personas diagnosticadas con el trastorno autista en el ámbito público y privado de la ciudad de Mar del Plata. La actual carencia de tal registro, así como la posibilidad de comparación Inter institucional que tales datos permitirían, resulta motivo suficiente como para emprender nuestra investigación y posibilitar lineamientos de trabajo futuros.

a) Objetivos generales y particulares:

Objetivo General: Relevar y analizar cuanti - cualitativamente las posibilidades de tratamiento psicológico del trastorno autista en el sistema sanitario público y privado de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Particulares:

- Realizar un relevamiento institucional sobre los tratamientos psicológicos con personas diagnosticadas con el trastorno autista en el sistema sanitario público y privado de la ciudad de Mar del Plata.
- Explorar el conjunto de disciplinas y la dinámica de trabajo que caracterizan a los equipos interdisciplinarios en el tratamiento institucional de personas diagnosticadas con el trastorno autista.
- Evaluar si lo estipulado en la Ley 24.901 se lleva a cabo en las instituciones que abordan el trastorno autista.
- Comparar cuantitativa y cualitativamente el comportamiento de las distintas instituciones que ofrecen tratamientos psicológicos del trastorno autista según pertenezcan a los sectores: público o privado.

b) Hipótesis (si correspondiera): La presente investigación de tipo exploratorio, se realizará sin el planteamiento de una hipótesis científica a corroborar. Se considera que tal elección queda justificada dada la carencia de

datos e información que el estado del arte evidencia en la actualidad acerca del tema a abordar.

c) Métodos y Técnicas: La metodología a utilizar será tanto cuantitativa como cualitativa. En lo que respecta a las técnicas para la recolección de los datos requeridas en la siguiente investigación se diseñará una entrevista de carácter semi estructurada con el objetivo de indagar la representación que poseen los psicólogos acerca de las características de los tratamientos psicológicos que se llevan a cabo en la institución a la que pertenecen y la dinámica de trabajo del equipo interdisciplinario; así como también se diseñará un modelo de cuestionario autoadministrado dirigido a un miembro de la dirección de la institución con el fin de recabar datos objetivo-descriptivos de las instituciones (instalaciones, recursos, subsidios, aranceles, tratamientos brindados, etc.), del personal (cantidad, formación, cargos, antigüedad, etc.), y de los pacientes (matricula, edad, pertenecía socio-económica, etc.).

Las instituciones a abordar serán:

- Del sector público provincial: Hospital Materno Infantil y Hospital Regional “Dr. Oscar Allende”.
- Del sector privado: Todas las instituciones existentes que ofrezcan tratamientos psicológicos e interdisciplinarios.

Resulta necesario aclarar que no se considerará al subsector público municipal ya que la complejidad de los tratamientos promueve su derivación a la órbita provincial o privada.

d) Lugar de realización del trabajo: Ciudad de Mar del Plata - Partido de General Pueyrredón.

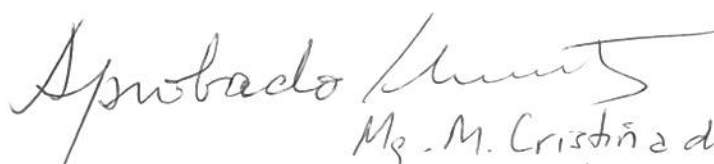
e) Cronograma de actividades:

	1	2	3	4	5	6
Búsqueda bibliográfica.	X	X	X	X	X	X
Desarrollo del marco teórico.	X	X	X			
Diseño de técnicas de recolección de datos.		X	X			
Contacto con las instituciones.			X	X		

Recolección de datos.						
Análisis de los datos obtenidos.					X	X
Elaboración del informe final.				X	X	X

f) Bibliografía básica de referencia:

1. American psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statical manual of mental disorders. DSM IV*. Washington, DC: Autor.
2. Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista Lucio, P. (1991), *Metodología de la investigación*. México, Editorial McGraw - Hill.
3. Ley 24.901 (1997). Sistema integrado de jubilaciones y pensiones - Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.
4. Maggio S. Peckner Valetti H. (1998), *Autismo infantil y psicosis infantil*. Mar del Plata, Trabajo de investigación para la licenciatura en psicología. UNMdP.
5. Morin, E. (1994), *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Editorial Gedisa.
6. Sautu, R. Boniolo, P y otros (2005), *Manual de Metodología*. Buenos Aires, Colección Campus Virtual.
7. Serroni-Copello, R. (1997), *Diálogo, racionalidad y salud mental*. Buenos Aires, Ediciones Adip.
8. Stolkiner, A. *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Disponible en: <http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm> (consulta 27/11/03).
9. Riviere, A. Marto, J. (1997), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid, Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituciones de Migraciones y Servicios Sociales.
10. Vilanova, A. (2003), *Discusión por la psicología*. Mar del Plata, Editorial UNMdP.
11. Wing, L. (1998), *El autismo en niños*. Buenos Aires, Editorial Paidós.


 M^g. M. Cristina de los Reyes
 13/08/09.

ÍNDICE GENERAL

Presentación.....	I
Uso del Trabajo de Investigación.....	II
Aprobación de la Supervisora.....	III
Informe de Evaluación de la Supervisora.....	IV
Presentación ante la Comisión Asesora.....	V
Plan de Trabajo.....	VI
Presentación.....	1
Agradecimientos.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7
Primera Parte: Introducción a la comprensión del trastorno autista.....	7
Segunda Parte: Complejidad, tratamientos psicológicos Y equipos de trabajo interdisciplinario.....	27
Tercera Parte: Instituciones, contexto social y marco legal en el tratamiento del autismo.....	40
Metodología.....	61
Presentación de las instituciones.....	68
Análisis de datos. Entrevistas con los directores.....	72
Análisis de datos. La voz de los psicólogos.....	102
Conclusiones.....	119

Consideraciones Finales.....	125
Bibliografía.....	126
Anexo.....	129

UNIDAD ACADÉMICA: FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

*“Posibilidades de Tratamiento Psicológico del Trastorno Autista
en Instituciones del Sistema Sanitario Público y Privado
de la Ciudad de Mar del Plata”*

**Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O. C. S. (143/89)**

Autores

Aguirre, Samanta.	Mat. 06037/03	DNI 29958931
Cornejo, Darío Alejandro	Mat. 06087/ 03	DNI 31885729

Supervisora

Mg. Bucci, Irene

- Mayo 2010-

AGRADECIMIENTOS

A nuestra supervisora, Irene, por su gran compromiso.

A las instituciones, que nos brindaron la posibilidad de conocerlas.

A los amigos, por colaborar, a los familiares, por acompañar, a nuestras parejas, por la paciencia.

Introducción

En el presente trabajo se realizó una investigación del tipo descriptiva con el objetivo de relevar y analizar cuantitativa y cualitativamente las posibilidades de tratamiento psicológico del trastorno autista en el sistema sanitario público y privado de la ciudad de Mar del Plata. No se planteó ninguna hipótesis a corroborar, dada la ausencia de datos e información que el estado del arte evidenció con respecto al síndrome en el momento de realización de la investigación. La actual carencia de tal registro, por tratarse del autismo, así como la posibilidad de comparación Inter - institucional que tales datos permitirían, resultó motivo suficiente como para emprender nuestra investigación y posibilitar lineamientos para futuros trabajos.

En el capítulo 1, se expone el marco teórico que sustentó el trabajo de investigación. Compuesto por tres partes diferenciadas e interrelacionadas: 1. Introducción a la comprensión del trastorno autista; 2. Complejidad, tratamientos psicológicos y equipos de trabajo interdisciplinario; 3. Instituciones, contextos social y marco legal en el tratamiento del autismo.

En el capítulo 2, se encuentra una descripción de la metodología empleada, una presentación de las instituciones relevadas y el análisis de datos correspondientes a la información aportada por los directores y los psicólogos de cada establecimiento relevado.

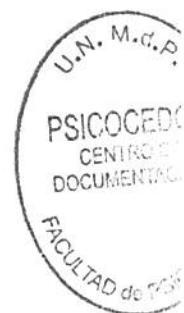
En el capítulo 3, se presenta la conclusión del trabajo de investigación, compuesta por los resultados obtenidos a partir del análisis de

las variables y dimensiones identificadas. Se desarrollan algunos planteos respecto de la inexistencia de tratamientos en la órbita pública, la descripción de las instituciones relevadas en el sector privado y algunas consideraciones acerca de los tratamientos que cada una de ellas ofrece.

En el anexo incorporamos los protocolos de entrevistas para que puedan ser analizados y cotejados en futuros trabajos que den cuenta de esta problemática.

Inicialmente, el motivo fue indagar cuales son las posibilidades de acceder a un tratamiento para el autismo en familias con escasos recursos económicos. Entendiendo que el autismo constituye un trastorno complejo, que requiere de un necesario abordaje interdisciplinario frecuente, intenso y de por vida, no obstante, al pensar la problemática resultó inevitable y motivante explorar las características que presentan los tratamientos en nuestra ciudad, tanto en la órbita pública como privada.

Por otra parte, los debates actuales respecto del trabajo inter – transdisciplinario, constituyeron un tema de singular interés, que resulta posible de ser reflexionado en la concreción del abordaje terapéutico del autismo por parte de equipos profesionales multidisciplinarios .Finalmente, la complejidad semiológica del trastorno autista, las controversias inter e intra disciplinarias, e incluso intra paradigmáticas, acerca de su causación, los diferentes abordajes consecuentes y las múltiples dimensiones diferenciadas tanto en su investigación científica como en su abordaje praxiológico, promovieron la curiosidad respecto de cómo se configura una terapéutica interdisciplinaria en una enfermedad tan singular como el autismo.



Objetivos

Objetivo General

- Relevar y analizar las posibilidades de tratamiento psicológico del trastorno autista en el sistema sanitario público y privado de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Específicos

- Realizar un relevamiento institucional sobre los tratamientos psicológicos con personas diagnosticadas con el trastorno autista en el sistema sanitario público y privado de la ciudad de Mar del Plata.
- Explorar el conjunto de disciplinas y la dinámica de trabajo que caracterizan a los equipos interdisciplinarios en el tratamiento institucional de personas diagnosticadas con el trastorno autista.
- Evaluar si lo estipulado en la Ley 24.901 se lleva a cabo en las instituciones que abordan el trastorno autista.
- Comparar cuantitativa y cualitativamente el comportamiento de las distintas instituciones que ofrecen tratamientos psicológicos del trastorno autista según pertenezcan a los sectores: público o privado.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

Primera Parte: La Comprensión del Trastorno Autista

En esta primera parte, eslabón de inicio en una cadena de tres elementos, se desarrollará una breve introducción al concepto de autismo y a las diferentes definiciones adoptadas por autores históricos, representantes de diferentes escuelas psicológicas. Dado que resulta una enfermedad difundida a nivel social, pero de la cual se poseen apreciaciones erróneas o distorsionadas de sus manifestaciones, consideramos que una indagación (al menos superficial) sobre sus intentos de comprensión teórica posibilitará esclarecer nociones básicas. Se diferenciará el autismo de los diferentes trastornos incluidos dentro de la denominación Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD, según los manuales diagnósticos internacionales) y de las manifestaciones semiológicas rotuladas bajo la nominación "espectro autista". Se abordarán también algunas consideraciones generales sobre los tratamientos psicológicos del autismo, y en particular sobre algunas divergencias teóricas y praxiológicas entre el cognitivismo comportamental y el psicoanálisis. Cerrará esta primera parte un somero análisis sobre los problemas que tienen que afrontar los padres de personas diagnosticadas con autismo, antes y durante el desarrollo de un tratamiento.

1. Introducción a la Definición del Concepto de Autismo

El autismo es un trastorno complejo que ha sido abordado por diferentes disciplinas que han intentado dar respuesta a su causación. Estas respuestas han sido en un principio, y siguen siéndolo en algunos casos, reduccionistas, ya que solo toman en cuenta un solo factor como causa. Así se ve como dentro de la disciplina psicológica algunas corrientes sostienen que esta patología es causada por factores únicamente psicológicos, excluyendo variables de otra índole que pudieran estar confluyendo en la causación del trastorno.

Actualmente el autismo presenta delimitaciones nosográficas y semiológicas claramente definidas y consensuadas dentro de la comunidad científica - profesional mundial (los criterios diagnósticos del DSM IV y del CIE - 10 así lo demuestran). Sin embargo, la actualidad de los múltiples tratamientos terapéuticos que ofertan las distintas disciplinas de la salud no comparten las mismas características de claridad que poseen sus criterios diagnósticos.

Es por esta razón que existen, según el enfoque de que se trate, multiplicidad de definiciones del autismo que serán sostenidas a partir de que se considere una u otra causa como origen del trastorno.

1.1. Definiciones del Autismo

Desde este marco teórico, y ya habiendo advertido acerca de las múltiples definiciones que se pueden encontrar sobre el autismo, consideraremos aquellas que actualmente son más utilizadas en el

tratamiento psicológico del trastorno, recorte que pudiendo resultar arbitrario se torna necesario a los fines de este trabajo.

1.2. Primeras Definiciones del Autismo

La palabra autismo, del griego auto - de autos, "propio", "uno mismo", fue utilizada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler en un tomo del American Journal of Insanity en la década del 10 del siglo XX. Sin embargo, la clasificación médica del autismo no ocurre hasta principios de los años 40 cuando un psiquiatra austríaco, Leo Kanner, estudia a un grupo de 11 niños e introduce la caracterización del autismo infantil temprano. Considera este nuevo cuadro clínico como diferente de la esquizofrenia infantil, y lo caracteriza en un primer momento como una afección psicógena en la que el niño es incapaz, desde el nacimiento, de establecer contacto con su ambiente. El Dr. Kanner propone cinco grandes signos para reconocer esta patología: comienzo precoz de los trastornos, aislamiento extremo, necesidad de inmutabilidad, estereotipias gestuales y trastornos del lenguaje en sus diferentes variedades (Cacciari; Martinez, 2009).

1.3. Definición del Autismo para el DSM IV

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos, contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones concisas de las distintas categorías diagnósticas. El manual fue realizado a partir de datos empíricos, y se utilizó una metodología descriptiva, con el objetivo de optimizar la

comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

Anteriormente el autismo era incluido por el manual dentro de las "psicosis infantiles". Sin embargo, en la actualidad el DSM IV nos ofrece la siguiente definición del trastorno autista: "Es un trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por presentar pautas anormales o deficientes en la interacción y la comunicación social, junto a un repertorio reducido de intereses y de actividades".

1.4. Definición del Autismo para Ángel Riviere

Según Riviere, exponente o representante que se ha ocupado en profundidad de este trastorno, autor perteneciente al sistema teórico-praxiológico del cognitivismo-comportamental: "Es autista aquella persona que vive mentalmente ausente a las personas presentes y que por algún accidente de la naturaleza (genético, metabólico, infeccioso, etc.), se le ha prohibido el acceso intersubjetivo al mundo interno de las otras personas y de sí mismo; por ello se siente incompetente de predecir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación" (Riviere, 1997) .

Riviere, sostiene que no se trata de una única causa lo que produciría al autismo sino una multiplicidad de estas. Así es como este autor rechaza la idea de un pensamiento lineal tipo causa-efecto y propone la existencia de la interrelación de múltiples factores de índole tanto biológicos, psicológicos como ambientales en la causación del autismo.

1.5.1. Definición del Autismo para el Psicoanálisis

Dentro del psicoanálisis, se pueden encontrar una multiplicidad de posturas en cuanto a la causación del autismo, que en consecuencia darán como resultado múltiples definiciones del mismo. No obstante, la mayoría de las posturas que se ubican dentro del sistema psicoanalítico coincidirán al menos en dos puntos:

- El autismo es entendido como una psicosis infantil.
- El autismo como psicosis infantil debe ser claramente diferenciado tanto en los criterios diagnósticos como en los modos de intervención de las psicosis adultas.

1.5.2. Definición del Autismo para Jacques Lacan

Lacan diferencia en primera instancia la psicosis infantil de la psicosis adulta ya que considera que estas patologías se deben a diferentes causas. De la psicosis adulta dirá que esta es producida por la expulsión del significante nombre del padre, que implicaría que el sujeto quede atrapado en la relación madre- hijo es decir, en el deseo de la madre. En cambio en las psicosis infantiles el niño es un objeto para su madre, es decir que la falla se encontraría, en el primer significante “deseo de la madre”. Este niño al ser ubicado en lugar de objeto “a” y no en lugar de falo imaginario, adquiere para esta madre un valor para su subjetividad pero allí donde ella no es “madre”, puesto que toda madre es siempre un sujeto regulado por la ley del Edipo. (Cacciari; Martínez, 2009).

En conclusión, se puede entender al autismo desde la postura lacaniana como una psicosis en la infancia, causada porque en vez de la madre desear a ese niño como falo imaginario, este niño es utilizado por la misma como objeto obturador de una verdad que ella no puede soportar.

1.5.3. Definición del Autismo para Melanie Klein

Desde la visión del psicoanálisis kleiniano, se piensa la patología grave como el modo en que el yo temprano hace frente a las exigencias de las pulsiones. Melanie Klein va construyendo así su propia teoría de las posiciones en donde las primeras etapas de la vida infantil ponen en juego angustias y mecanismos de defensa “psicóticos”. Entonces se considerara que el autismo es básicamente un detenimiento en el desarrollo psíquico del niño en estas posiciones o bien regresiones a estos estadios anteriores que habían sido superados por el mismo, obteniéndose como resultado de estas detenciones o regresiones la conformación de un psiquismo gravemente perturbado.

Frances Tustin, quien seguirá en alguno de sus planteos a Klein, propuso una nueva clasificación del autismo en tres grandes grupos: autismo primario anormal, resultado de una carencia afectiva primordial y caracterizado por una indiferenciación del cuerpo del niño y el de la madre; el autismo secundario de caparazón, correspondiente a la definición propuesta por Kanner, y el autismo secundario regresivo que sería una forma de esquizofrenia basada en una identificación proyectiva.

1.5.4. Definición de Autismo para Donald Winnicott

Donald Winnicott dará en la causación del autismo, fiel a sus planteos, una relevancia fundamental al papel que el ambiente cumple en el desarrollo del psiquismo. De esta manera sus criterios diagnósticos se basaran exclusivamente en la evaluación del mismo.

Conceptualiza al autismo como una organización defensiva surgida para evitar la aparición de un tipo de angustia que el autor califica de impensable, angustia que habría surgido en los primeros momentos vividos por el niño.

Para el autor los factores etiológicos de esta psicopatología deberían buscarse en la incapacidad de la madre para identificarse con su bebé y proveerle así de lo que este necesita, sumando a esto un odio inconciente de la madre hacia el niño.

La labor terapéutica que propone Winnicott debería consistir en una provisión ambiental que buscará restaurar el statu quo de antes, seguida de un prolongado periodo de confiabilidad que permitiera al niño recuperar su seguridad en el ambiente, desmantelando sus defensas (Ibid.).

2. Diferencias entre Autismo – TGD – Espectro autista

Según el DSM IV, los TGD se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Los mismos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida, y resulta costumbre asociarlas

a algún grado de retraso mental. A veces, los TGD se observan en otras enfermedades médicas (anormalidades cromosómicas, infecciones congénitas, anormalidades estructurales del sistema nervioso central). Los TGD incluyen: al trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

El espectro autista es un concepto utilizado para diferenciar diagnósticamente a sujetos con rasgos autistas que no llegan a presentar las características básicas del trastorno autista ni de un TGD. El concepto permite considerar al autismo como un continuo de diferentes dimensiones, y no como una categoría única, al mismo tiempo reconoce lo que hay de común entre las personas autistas y lo que hay de diferentes entre ellas.

Entonces, una forma posible de entender las relaciones que se establecen entre el autismo, como trastorno nuclear y prototípico, los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos del espectro autista pueden ser representados en la siguiente gráfica:

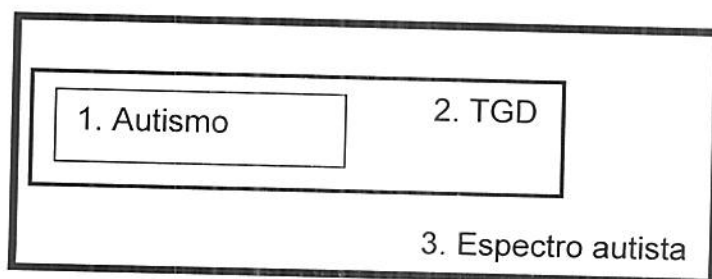


Figura 1. Relaciones entre autismo, TGD y espectro autista

Como puede observarse en primer lugar, todo diagnóstico de autismo es también un TGD y un trastorno del espectro autista. Pero no podemos asumir, en segundo lugar, que un trastorno generalizado del desarrollo (por ejemplo, el síndrome de Rett) sea estrictamente un cuadro de autismo, aunque sigue siendo un trastorno de espectro autista. Por último, un niño con espectro autista (por ejemplo, retraso mental severo con rasgos autistas) no puede ser entendido ni como un TGD ni como un cuadro de autismo.

Lorna Wing (1998) desde su óptica, argumenta al respecto que los cambios en la idea sobre los trastornos autistas se pueden observar en la historia de los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), publicada por la OMS, y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la APA. Las primeras ediciones de la ICD no incluían en absoluto al autismo. La octava edición (1967) mencionaba solo el autismo infantil como una forma de esquizofrenia y la novena edición (1977) lo incluía bajo el encabezamiento de "psicosis infantil".

La décima edición de la ICD (1992) y la tercera (1980), la tercera revisada (1987) y la cuarta (1994) del DSM adoptan el punto de vista actual de que hay un espectro de trastornos autistas y que son trastornos del desarrollo, no "psicosis". El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de "trastornos generalizados del desarrollo".

Se puede comprobar como esta clasificación del autismo como trastorno generalizado del desarrollo es aceptada por los teóricos pertenecientes al sistema cognitivo-comportamental, a diferencia del



psicoanálisis, o mejor dicho de las corrientes psicoanalíticas, que lo entienden como una psicosis infantil, a la cual diferencian en su causación de la psicosis adulta.

Vemos claramente lo antes afirmado en palabras de Riviere, “El autismo es un trastorno del desarrollo: su comprensión y tratamiento dependen, así, decisivamente de que sean bien explicados los procesos dinámicos que permiten la ontogénesis de ciertas funciones superiores que se ven específicamente alteradas en el cuadro. Estas funciones son en esencia las siguientes: la capacidad de comprender a las personas como sujetos dotados de mente, las destrezas intersubjetivas que permiten compartir estados internos, las funciones de comunicación y lenguaje, las competencias simbólicas y las pautas de acción flexible y significativa”.

Según Riviere (1997), es imprescindible comprender qué significa decir que el autismo es un trastorno del desarrollo. Desde finales de los años 70, la consideración del autismo desde una perspectiva evolutiva ha sido una de las ideas – fuerza en que se han basado los intentos explicativos y terapéuticos. A partir de esos años, la categoría diagnóstica tradicional de “psicosis infantil” fue sustituida, en sistemas diagnósticos como el DSM IV, por la noción de “trastorno profundo del desarrollo” (podría decirse también “generalizado” o “penetrante”).

3. *Tratamientos Psicológicos del Trastorno Autista*

Una breve y superficial indagación de la bibliografía especializada respecto a la variedad de tratamientos posibles proporciona una imagen de la confusa amplitud de criterios: nos enfrentamos a una larga y desordenada lista de terapias que proclaman efectividad para tratar el autismo; muchas de ellas de dudosa validez científica (Wing, 1998; Riviere, Marto, 1997). No obstante, y más allá de la amplia lista de tratamientos posibles, en la actualidad en el ámbito psicológico argentino vemos coexistir dos modelos teóricos preponderantes en el tratamiento del trastorno autista: el psicoanálisis y el cognitivismo – comportamental; ambos con conceptualizaciones y lineamientos terapéuticos claramente divergentes.

De las distintas escuelas que se ocupan de dar respuestas a la problemática sobre el autismo, surgen diversas conceptualizaciones que avalan diferentes modos de intervención y orientan la dirección de los tratamientos. Es decir, que cada sistema teórico particular intentara dar una respuesta diferente acerca de la causación de este trastorno, y desde allí planteara los objetivos principales que persigue ese modo particular de tratamiento. Así mismo, se encuentran diferencias sustanciales inclusive dentro de los mismos sistemas en cuanto al modo de abordaje del tratamiento.

El abordaje del autismo implica en cualquier caso, cierta especificidad de trabajo, la cual da consistencia a la vigente producción escrita que intenta responder a una eminente necesidad clínica de estructurar esta praxis.

Lorna Wing (1998), dice respecto de estas divergencias entre los distintos sistemas psicológicos y disciplinas que en la actualidad hay un debate tan acalorado como en 1970 (referido a las repercusiones que produjo los planteos teórico - prácticos de Bruno Bettelheim y su modelo de la Fortaleza Vacía) pero en estos momentos el foco está centrado en las especificaciones de los criterios diagnósticos, la diferenciación de subgrupos que puedan tener diferentes causas o métodos de tratamiento, la definición de las fronteras del espectro y las investigaciones en neuropatología, y cómo se manifiesta todo esto en los mecanismos psicológicos y en la conducta expresa. Más allá del abanico de argumentos racionales, arden controversias acerca de la diversidad de los llamados tratamientos o curas, cada uno de los cuales entran en escena como un cohete y después se desvanece silenciosamente. En palabras de Wing: "El crecimiento en la obtención de conocimientos sobre los trastornos autistas no ha conducido a ningún método de tratamiento curativo. Los auténticos progresos se han dado en la comprensión de cómo crear un entorno y un programa diario que minimice las discapacidades y maximice las habilidades potenciales. Es una gran ventaja, pero no cambia las deficiencias neurológicas y psicológicas subyacentes".

Riviere (1997) plantea al respecto que desde los años transcurridos desde que Kanner definiera con nitidez el cuadro (en 1943), la historia del autismo esta llena de esfuerzos continuados por: (a) descifrar la naturaleza de ese cuadro enigmático que aleja al niño de las interacciones humanas y, (b) por descubrir formas de intervenir en su proceso de desarrollo a través

de los procedimientos biológicos, la terapia y la educación, reorientando un curso evolutivo que condenaría a la persona autista a una inevitable soledad inerme si no se interviniera. En esa historia, se han descubierto pistas muy importantes, que constituyen los fundamentos para el tratamiento actual del autismo, y que provienen de diversas fuentes.

Esto lo manifiesta Riviere, pero quizás sea sostenido por los distintos psicólogos que trabajen desde otros sistemas psicológicos (v. g. psicoanálisis "crítico", sistémica, humanística, etc.); "Hoy sabemos que no podemos curar el autismo, como tampoco el Síndrome de Down, mediante procedimientos de modificación de conducta, pero podemos producir mejorías importantes y desarrollos muy significativos. Estos procedimientos permitieron demostrar que era posible producir mejorías objetivas en las capacidades de los niños autistas, y disminuir claramente sus comportamientos más perturbados y dañinos para su desarrollo y bienestar, a pesar de sus limitaciones intersubjetivas para aprender a través de procesos que permiten compartir de forma observacional, vicaria o simbólica la experiencia humana" (Ibid).

Desde su comprensión del trastorno, aunque las personas autistas no puedan adquirir las funciones superiores básicas de lenguaje, inferencia mentalista, ficción simbólica, acceso intersubjetivo, organización narrativa de la experiencia y "self" subjetivo, por los mismos procesos que otros niños, muchas de ellas sí pueden desarrollar, en mayor o menor grado, competencias de esa gama por "vías alternativas", que compensan o sustituyen parcialmente los cauces normales de desarrollo.

Así mismo, Riviere nos advierte sobre lo perjudicial de la utilización de etiquetas, de a priori tanto teóricos como praxiológicos, que borrando toda subjetividad, impiden la realización de una intervención adecuada. Sostiene que las intervenciones deben adaptarse a cada caso, exigiendo a las mismas una adecuación específica y muy concretas estrategias y objetivos de tratamiento particular.

En relación a las líneas terapéuticas adecuadas, Riviere argumenta que la idea de que “nunca deben darse fármacos a las personas autistas” es tan inoperante y peligrosa como la de que “siempre deben estar integradas esas personas en centros educativos normales” (Ibid). Ni los fármacos ni los colegios de educación especial curan el autismo: son recursos que deben emplearse con rigor, conocimiento profesional, honestidad y sentido común, y con arreglo a principios de prudencia y mínima limitación posible de la experiencia y de las posibilidades de beneficiarse de ella. Las prescripciones que comienzan por cuantificadores universales, como “nunca debe...” o “siempre debe...” no son generalmente válidas en autismo y pueden ser muy peligrosas. Por el contrario, el afrontamiento terapéutico tiene que atenerse, en cada caso, a un principio de individualización, que afecta también a las decisiones educativas: las personas autistas pueden ser tan diferentes unas de otras, tan heterogéneas en sus necesidades y competencias, que cada caso exige una adecuación específica y muy concreta de estrategias y objetivos de tratamiento. Así, las pautas de tratamiento, las decisiones terapéuticas y educativas, dependen de características específicas del

desarrollo y el trastorno de cada persona autista en particular, y no tanto de la “etiqueta” de autismo.

3.1. Divergencias Teóricas y Praxiológicas entre el Cognitismo Comportamental y el Psicoanálisis

Más allá del aspecto descriptivo del cuadro y del agrupamiento sintomático que éste implica, el psicoanálisis, desde una lectura estructural, centra su atención sobre los modos subjetivos particulares de relación al “otro” y de tratamiento del goce en el autismo.

Riviere da un claro argumento en defensa del tratamiento cognitivo comportamental, “En el caso del autismo no basta con establecer una buena relación con el niño para que este desarrolle cosas tales como los símbolos, el lenguaje, las capacidades de juego y las destrezas de atribución de mente. Más que ninguna otra alteración o retraso del desarrollo, el autismo exige una enseñanza explícita de capacidades, habilidades e instrumentos de relación que los niños normales adquieren por aprendizaje implícito” (Ibid). Para que se produzca ese proceso de desarrollo explícito resulta necesario emplear procedimientos muy precisos y elaborados de influencia sobre el medio externo.

Según Riviere (1997), en tanto que no es posible intervenir directamente sobre los procesos etiopatogénicos que dan lugar al cuadro (para lo que es necesario conocerlos primero de forma mucho más detallada de cómo se los conoce actualmente, y contar luego con procedimientos para modificarlos), la curación seguirá siendo sólo una esperanza y no una

realidad cumplida. Además, en la medida en que el autismo es un trastorno del desarrollo y que requiere necesariamente de la experiencia interactiva y cultural para humanizarse, las intervenciones internas (atención farmacológica, procedimientos quirúrgicos, estrategias dietéticas), nunca podrán constituir una experiencia única de tratamiento y deberán ser complementadas siempre por los procedimientos de intervención en el mundo externo (modificaciones de conducta, atención educativa, terapias sistémica de la familia, alternativas ocupacionales), que constituyen en último término la fuente de esa experiencia interactiva y cultural.

Por ello, critica fuertemente a los modelos dentro del sistema psicoanalítico que consideran que la causa del autismo es una incapacidad de la madre para ejercer adecuadamente su función, señala que la historia de las ideas sobre el origen del autismo, en la segunda mitad de nuestro siglo (y en especial en el cuarto transcurrido entre 1950 y 1975), ha sido uno de los episodios más llenos de mal entendidos y de hipótesis absurdas de todo momento histórico. En sus palabras “En los años cuarenta, cincuenta y sesenta, muchos investigadores del autismo se dejaron llevar por una de sus más peligrosas sugerencias: ¿No podrían ser ciertos sucesos externos, ciertas condiciones del mundo inadecuadas para el desarrollo, responsables del autismo? ¿No podría deberse ese cataclismo a una crianza fría, inadecuada o rechazante de niños que hubieran sido normales en caso de haber tenido más suerte?”.

“Aun está por escribirse la interesante peripecia de uno de los mitos pseudo científicos más dañinos que se han producido nunca en la historia de

la psicología y de la medicina: me refiero al mito de la “madre inadecuada” como fuente del autismo” (Ibid).

Dentro de la corriente conductista en psicología, encontramos un nuevo enfoque de alta repercusión dentro de los tratamientos del autismo con apoyo científico: El ABA. Esta terapéutica es básicamente un método de control y predicción del comportamiento de niños autistas, objetivo y sistemático. Como método de enseñanza, procura la adquisición de múltiples habilidades (comportamentales y cognitivas) en los pacientes autistas, utiliza estrategias positivas, no punitivas o negativas, y busca optimizar los procesamientos de la información en distintos entornos (domiciliarios, académicos, institucionales, etc.), atendiendo a las características singulares de cada caso. Utiliza una gran disciplina en la planeación de lo que debe aprender la persona con autismo, a qué ritmo, cómo se evalúa el progreso y cómo se generaliza el aprendizaje a distintos ambientes. El programa se centra en el uso de “pruebas discretas”, es decir, ejercicios que realiza el paciente con el terapeuta para aprender habilidades de lenguaje, juego y socialización, entre otros. El ABA es, así, una técnica de enseñanza diseñada para maximizar el aprendizaje y sostener resultados a largo plazo.

4. Los Problemas que Tienen que Afrontar los Padres de Personas Diagnosticadas con Autismo

Los padres de niños autistas tienen que enfrentarse a una serie de problemas, algunos de los cuales son de índole práctica y otros

emocionales. Muchos de estos problemas son comunes a los que los padres de niños con cualquier otro tipo de discapacidad tienen que afrontar, mientras que otros son específicos de las familias de niños con trastornos autistas.

Antes de hacer un diagnóstico, los padres sienten muchas veces, que ellos, son las únicas personas en el mundo que tienen un hijo con una conducta extraña. El asesoramiento profesional sobre la conducta que responde a un trastorno específico del desarrollo se recibe con un gran alivio, ya que confiere orden y comprensión a lo que antes resultaba ininteligible.

Existen en el mundo una gran cantidad de asociaciones de padres con hijos con autismo. En nuestro país, es dable reconocer a A.P.A.de.A (Asociación Argentina de Padres de Autistas). Esta constituye una de las asociaciones más importantes del país, es una entidad civil y de bien publico, sin fines de lucro con sede central en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que posee varias filiales en el interior del país. Este tipo de organizaciones resulta un sostén fundamental para los padres de hijos con autismo. Al encontrar a otros padres a través de estas asociaciones locales u otro tipo de organizaciones se genera una gran fuente de apoyo emocional y práctico.

La experiencia de que efectúen sobre la persona autista un aislamiento emocional en los primeros años de vida del niño se hace menos frecuente a medida que se incrementa el conocimiento de los trastornos autistas, pero aún se da. Esta es una de las razones fundamentales de la



importancia de realizar un diagnóstico precoz y acertado sobre el padecimiento del niño.

Los padres pueden experimentar intensos sentimientos de culpa (tal vez incrementados por “teorías científicas” donde se culpabiliza a la madre del trastorno autista por no poderle brindar amor a su hijo; tales como la teoría de Bruno Bettelheim y su modelo de la “Fortaleza Vacía” que tuvo amplia difusión en los años 70, autor que denominaba a las madres de niños con autismo “madre heladera”), frustración, desorientación y desesperanza por el estado de su hijo autista, que con el tiempo puede terminar en un desgaste anímico severo, por lo cual se torna indispensable la ayuda que pueden recibir de equipos profesionales, afín de desarrollar una actitud constructiva para afrontar tal difícil situación.

Por todo esto, los abordajes institucionales interdisciplinarios coinciden en la necesidad de incluir como componente central en el conjunto del tratamiento del autismo, un espacio de asesoramiento multidisciplinario (legal, médico, psicológico, psicopedagógico, etc.) y asistencia psicológica a los familiares de personas autistas. Estos dispositivos funcionan también como potenciadores de los resultados del tratamiento y de su mantenimiento a largo plazo.

Segunda Parte: Complejidad, Tratamientos Psicológicos y Equipos de Trabajo Inter y Transdisciplinario

En esta segunda parte, a modo de eslabón intermedio, ampliaremos las consideraciones introductorias expuestas en el primera parte. Así se establecerán algunas vinculaciones posibles entre el autismo y la epistemología de la complejidad, para luego indagar sobre las particularidades que adoptan los tratamientos psicológicos del autismo, realizados desde equipos de trabajo interdisciplinarios. Cerrará esta segunda parte algunas consideraciones generales sobre el debate epistemológico que suscitan las denominaciones Interdisciplina – Transdisciplina y algunas de las dificultades que presentan los equipos multidisciplinarios en salud para arribar a un trabajo inter y transdisciplinario genuino.

1. El autismo y la Epistemología de la Complejidad. Vinculaciones Posibles

En el libro “Introducción al Pensamiento Complejo”; Edgar Morin (1994) desafía al lector al anunciar un interrogante: “¿Qué es la complejidad?”. A primera vista, nos dice, la complejidad es un fenómeno cuantitativo, una cantidad extrema de interacciones e interferencias entre un numero muy grande de entidades. De hecho, todo sistema auto organizador (todo sistema viviente), hasta el más simple, combina un número muy grande de unidades, del orden del billón, ya sean moléculas en una célula o células en un organismo (v. g.: más de diez billones de células en el cerebro

humano, más de treinta billones en el organismo). Pero la complejidad no comprende solamente cantidades de unidades e interacciones que desafían nuestras posibilidades de cálculo; comprende también incertidumbres, indeterminaciones, fenómenos aleatorios. En un sentido, la complejidad siempre está relacionada con el azar.

De este modo, concluye Morin, la complejidad coincide con un aspecto de incertidumbre, ya sea en los límites de nuestro entendimiento, ya sea inscrita en los fenómenos. No obstante, no se reduce a la incertidumbre, sino que es la incertidumbre en el seno mismo de los sistemas ricamente organizados. Tiene que ver con los sistemas semi-aleatorios cuyo orden es inseparable de los azares que incluye. La complejidad está así ligada a una cierta mezcla de orden y de desorden, mezcla íntima e indisoluble.

Estas breves pero contundentes reflexiones epistemológicas pueden otorgar una nueva luz para la visualización de los avatares que suceden en los abordajes interdisciplinarios que se constituyen para el estudio de los fenómenos complejos, dentro de los cuales ubicamos al autismo como trastorno generalizado del desarrollo. En este sentido, Calzetta (2007) afirma que a pesar de la insistencia con que algunos teóricos procuran agotar la explicación del autismo recurriendo a una mirada unidimensional, los conocimientos adquiridos en las últimas décadas se orientan inevitablemente hacia la perspectiva de la complejidad. Desde esta perspectiva, nos señala que se conciben a los fenómenos como efecto de la intersección de líneas causales relativamente independientes entre sí, de modo que la

investigación debe orientarse necesariamente en un sentido interdisciplinario. Sin embargo, esto parecería suponer riesgos considerables, derivados de las distancias epistemológicas entre las diversas disciplinas, dado que cada una de ellas construye sus objetos y sus métodos, y una exportación directa de conceptos solo llevaría al error. De este modo, el autor concluye que: *“El objetivo sería, en cambio, alcanzar un nivel de conocimiento superior mediante la creación de puentes epistemológicos que permitan aprovechar los distintos terrenos de investigación”*.

2. Psicología y Tratamientos Interdisciplinarios del Autismo

Más allá de los reduccionismos unidireccionales que vician a las distintas disciplinas de la salud, los abordajes asistenciales que cuentan con mayor evidencia científica en el tratamiento del autismo reconocen el necesario esfuerzo interdisciplinario y transdisciplinario que implica el abordaje de personas diagnosticadas con este complejo trastorno. Hecho que promueve, paulatinamente, la creación y sostenimiento de distintos abordajes institucionales direccionados por distintos equipos interdisciplinarios. Pero, si bien son muchos los avances científicos acontecidos en la investigación y el tratamiento del autismo (Wing, 1998; Riviere; Matos, 1997) aun es basto el desconcierto, el desconocimiento y la confusión que generan los múltiples “puntos oscuros” del trastorno (el desconocimiento de sus factores etiológicos, la dudosa efectividad de los

tratamientos psicofarmacológicos, las contradicciones praxiológicas entre los sistemas teóricos psicológicos o psiquiátricos, etc.).

La efectividad praxiológica de los múltiples tratamientos asistenciales se refleja en la mejora en la adaptación del niño con autismo a su ambiente familiar, educativo y social, mediante el desarrollo paulatino de sus potencialidades afectivas, cognitivas y comportamentales. Sin embargo, aun no se ha encontrado una cura total del trastorno, ya que la multiplicidad de factores etiológicos que lo generan actualmente se desconoce. *“El crecimiento en la obtención de conocimientos sobre los trastornos autistas no ha conducido a ningún método de tratamiento curativo. Los auténticos progresos se han dado en la comprensión de cómo crear un entorno y un programa diario que minimice las discapacidades y maximice las habilidades potenciales. Es una gran ventaja, pero no cambia las deficiencias neurológicas y psicológicas subyacentes”* (Wing, 1996).

2.1 La Psicología y el Pluralismo Sistemático

Siguiendo a los planteos de Vilanova (2003), vemos como la psicología puede ser considerada como una disciplina nacida en la zona de frontera entre las ciencias naturales y las ciencias sociales. Y es justamente este origen singular lo que la ha dotado de una pluralidad de métodos y ha suscitado posiciones extremas, como las de considerar exclusivamente biológico o social a su dominio. Sin embargo, existe un acuerdo en que la psicología cumple el papel de eslabón de enlace entre las problemáticas naturales y culturales, siendo indiscutible, por eso mismo, la autonomía de

sus cometidos y de sus procedimientos. Es así como posicionados desde un enfoque holístico para el estudio del ser humano, podemos concebir la simultaneidad del desarrollo de los componentes biológicos, psicológicos y sociales, sin pensar que ninguno de los tres órdenes utilizados para describir diferentes planos de la experiencia humana puedan privilegiarse o suponerse prevalentes uno respecto de los otros.

Tal advertencia epistemológica en el tratamiento e investigación del trastorno autista conlleva reconocer el necesario esfuerzo interdisciplinario y transdisciplinario que requiere todo estudio científico que admita la complejidad intrínseca del trastorno, así como nos ayuda a alejarnos tanto de los planteos reduccionistas y unidireccionales que envían las miradas disciplinares aisladas, como de los posicionamientos escolástico – dogmáticos que caracterizan a la disciplina psicológica.

Si nos atenemos a este último punto, vemos como en el particular campo de los tratamientos psicológicos para el abordaje del trastorno autista se reflejan las múltiples divergencias existentes entre los distintos sistemas psicológicos.

Calzetta (2007) enuncia que la desproporción existente entre la baja incidencia del autismo y el amplio interés que despierta como trastorno debe buscarse en su misteriosa naturaleza, la cual lo ha convertido en algo así como un campo de batalla para que las distintas perspectivas teóricas y clínicas enfrenten sus posiciones y den cuenta de sus respectivas formas de entender la naturaleza de lo psíquico y de tratar las patologías. “El cuadro se percibe, de esta manera, más como instrumento de prueba de la validez de

una teoría o de una técnica que como realidad clínica, con lo cual el autista de los textos termina siendo, muchas veces, más una construcción teórico-mítica que el reflejo de un ser de carne y hueso” (Ibid.). Cada perspectiva, según su opinión, recorta un “autista típico” sobre el que basa sus argumentos, pero deja así afuera buena parte del amplio “espectro” de una anomalía que se caracteriza sobre todo por la diversidad de sus manifestaciones.

A groso modo, en la actualidad del ámbito psicológico argentino vemos coexistir dos sistemas teóricos preponderantes en el tratamiento del trastorno autista: el psicoanálisis y el cognitivismo – comportamental; ambos con conceptualizaciones y lineamientos terapéuticos claramente divergentes, no obstante aptos los dos para responder a las mismas demandas objetivas de tratamientos asistenciales.

En este sentido, Vilanova (2003) nos plantea que tal como fue señalado recientemente (Klappenbach, 1985), el problema epistemológico de la psicología es, ante todo, una cuestión escolástica, es decir, una cuestión entre escuelas que no han logrado establecer un acuerdo básico sobre el objeto, el método, las condiciones de verificación, etcétera. Se ha dicho, incluso, que la psicología es un campo de paradigmas inconmensurables, esto es, de concepciones de la ciencia y el hombre imposibles de cotejar. Este estado de la psicología, no obstante, no es distinto al del resto de las ciencias, en cuyo seno surgen, incesantemente, múltiples explicaciones para similares fenómenos. La existencia de teorías alternativas debe ser aceptada como inherente a toda empresa de

conocimiento, y debe preocupar profundamente la negación de este aspecto a favor de alguna verdad presunta y a priori. El debate teórico en psicología está abierto a escala mundial, pretender suprimirlo en aras de alguna preferencia personal o grupal es adoptar una actitud de pisa brotes, extraña a la ciencia. Paradójicamente, a nivel mundial se admite que el conocimiento prosigue sin pedir permiso a las “escuelas” o “sistemas”, a la par que se reconoce el valor de insistir más en los hallazgos básicos de los sistemas que en sus diferencias.

Vemos surgir así múltiples interrogantes: en el tratamiento e investigación del trastorno autista ¿Qué entendemos por Interdisciplina?; ¿Cuáles son las controversias epistemológicas y praxiológicas respecto de una Transdisciplina? y por último: ¿Cómo opera una disciplina pluri sistemática como lo es la psicología dentro de un equipo interdisciplinario?

3. Interdisciplina – Transdisciplina. Debates Epistemológicos

A partir del siglo XIX la evolución del conocimiento científico condujo hacia la organización de disciplinas. Se establecieron así dominios autónomos con teorías, lenguajes y técnicas propias. Aunque válida y necesaria, la construcción de estas fronteras favoreció una visión cosificada de los diferentes campos y objetos específicos de estudio, olvidando que solo eran recortes artificiales de una realidad global, compleja y cambiante. El conocimiento, así fragmentado, quedó simultáneamente escindido en distintas miradas disciplinares, cuando no aisladas, claramente contrapuestas.

La historia de las ciencias está plena de logros fecundos nacidos gracias a la circulación de conceptos o modelos flexibles que lograron superar los encierros disciplinarios, surgiendo así las nociones de inter y transdisciplina. Ambos son términos polisémicos y muchas veces contrapuestos, de modo que se torna inevitable el plantear algunas definiciones básicas (conjeturales y provisionales, es decir, científicas).

Entendemos por *Disciplina* el abordaje diferenciado y sistemático de un fenómeno a partir de principios teóricos y criterios epistemológicos comunes. Por *Interdisciplina*, en cambio, concebimos la conformación pluralista de un equipo de trabajo que, suponiendo el desafío que plantea el encarar una situación problemática compleja, produce una nueva dinámica de abordaje a partir de un código y de una metodología compartida. En la interdisciplina, la integración se va produciendo a través de las preguntas que una disciplina le hace a las otras, a fin de poder operar en una situación singular y concreta, y lograr superar la comprensión fragmentaria del fenómeno en cuestión. En este sentido Lores Arnaiz (1997) sostiene que, "Se intenta, asimismo, caracterizar la interdisciplina como la unión de saberes frente a un tipo de cuestiones que requieren de un conjunto de disciplinas independientes para su adecuada solución, sin crear lazos indisolubles entre esas disciplinas. Apunta a resolver problemas, aunando resultados, y no a desarrollar nuevas leyes. Los objetivos son los que unifican tal diversidad de conocimientos; éstos se conjugan de múltiples maneras, tendiendo al logro de aquellos".

Desde las diversas vertientes epistemológicas que problematizan sobre las posibilidades del trabajo interdisciplinario, algunas incorporan a la *Transdisciplina* como una instancia o escalón superador de la interdisciplina, una etapa del desarrollo del conocimiento en la que se borrarían las barreras disciplinarias para lograr la construcción de un saber mega – explicativo.

Otras, en cambio, desisten con estas posturas sobre como pensar lo transdisciplinario, argumentando la necesidad de mantener cierta cautela al respecto y concebir a lo transdisciplinario como un momento, un producto siempre puntual de lo interdisciplinario.

Alicia Stolkiner, psicóloga argentina contemporánea, que ubicamos en la segunda de las dos posturas anteriormente descritas, nos propone, a fin de poder dilucidar esta controvertida cuestión, un juego lingüístico que a su parecer explicaría, gráficamente, a la transdisciplina como un momento siempre en construcción y en movimiento continuo; para la autora la metáfora de la orquesta sinfónica nos dice que, “En la orquesta sinfónica cada instrumento tiene su especificidad, su técnica y sus ensayos particulares. Si llegamos antes de que el concierto comience, oiríamos una polifonía inarmónica. Sin embargo, cuando la sinfonía comienza, es una sola. Un solo producto que, no obstante, contiene a la diversidad de sonidos de cada instrumento de una manera que no se explica por simple adición. Si reemplazamos a los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario” (2003).

Ese momento transdisciplinario, sería, por ejemplo, el producto de una investigación referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinaria, o la estrategia que propone un equipo asistencial frente a una situación específica. Es decir, la transdisciplina es una situación en construcción continua, en donde la tensión que se produce entre la diferenciación e integración disciplinaria no se resolvería nunca de manera acabada, sino que por el contrario, reaparecerá insistentemente frente a cada problema a abordar.

Claro que, como bien lo menciona Leandro de Lajonquiere, decir *transdisciplinariedad* en lugar de interdisciplinariedad no nos resulta ni inocuo ni gratuito, ya que el término transdisciplinariedad presupone, necesariamente, una operación de articulación teórica que muchas veces es descartada por ser considerada inviable. Y ello debido a que cada uno de los campos teórico – praxiológicos que constituirían un equipo de trabajo o investigación interdisciplinario, contienen como propio de sí una idea de sujeto que muchas veces no resulta equiparable e incluso compatible con otras concepciones de sujeto o concepciones ontológicas paradigmática (como resulta, en el caso particular de Lajonquiere, en los intentos de integración entre el sujeto epistémico de la psicología genética y el sujeto del deseo del psicoanálisis lacaniano). Esto determina que el campo transdisciplinario deba constituir una nueva noción ontológica, pero también epistemológica, que resulte de un complejo proceso de construcción teórica y no de una mera articulación lisa y llana entre conocimientos dispares.

Similar a la conocida parábola de los hombres ciegos que tocaban cada uno de ellos una parte diferente de un elefante, y cada uno de ellos estaba convencido de que estaba tocando un animal distinto, parcializando los conocimientos o reduciéndolos a falsas comprensiones de la realidad sustentadas bajo un gran velo de ignorancia, el interjuego interdisciplina – transdisciplina como aparente solución ante esta encrucijada epistémica puede ser pensada como un proceso de reflexión conjunta y mutuo consenso entre las distintas disciplinas, a fin de poder lograr una comprensión no reduccionista, no simplista del fenómeno o problemática en cuestión.

3.1. Dificultades en cuanto al Logro de la Interdisciplina en los Equipos de Salud.

Si bien se han escrito muchísimos textos acerca de la interdisciplina y de la importancia fundamental que esta tiene en el abordaje de los tratamientos de patologías graves, existen algunas dificultades en cuanto al logro de la misma en la práctica real y concreta. Así es como Susana Cazzaniga dice: “El tema de lo interdisciplinario presenta larga data. Mucho se ha escrito, mucho se ha dicho, y en la practica concreta, no siempre los intentos llegan a buen puerto”

Según Follari, lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco común. Nora

Elichiry por su parte afirma que el vocablo “inter” da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad partiendo del objeto real y no de las disciplinas dadas. Teniendo en cuenta estas consideraciones la autora Susana Cazzaniga realiza una breve pero concisa enumeración y descripción de tres problemas fundamentales que se presentan en el logro de una genuina interdisciplina en los equipos de salud:

- La fuerte estructuración que presenta las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica, que se traduce en las formaciones académicas de los profesionales. La limitación de los objetos de conocimiento e intervención dificulta el trabajo del nexo del que habla Nora Elichiry. Es probable que en el ámbito de la investigación, este nexo tenga mayor experiencia de trabajo, pero en la práctica profesional, el mismo se expresa generalmente como “interconsulta”. Esta dificultad es de orden epistemológico.
- La organización administrativa de las instituciones donde los organigramas, que responden a lógicas tayloristas (separación y jerarquización) encontramos generalmente la división en departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones, lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación, el “nexo” aparece en entonces como derivaciones. Esta dificultad es de orden administrativo e implica tanto concepciones epistemológicas como políticas.
- Las diferentes consideraciones que las disciplinas y por ende las profesiones presentan en los campos de intervención. Estas

diferencias se encuentran en relación con los estatus adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las “presentaciones” que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas. Al interior de los equipos estas diferencias aparecen como verdades asimétricas en el ejercicio del poder. Los que “deciden” y “los chicos de los mandados”. El problema se convierte entonces en algo cotidiano como político.

Como conclusión y sugerencia la autora afirma, que estos tres problemas u obstáculos que dificultan el trabajo interdisciplinario en los equipos de salud contribuyen con una fuerte autocrítica de parte de todos los profesionales implicados a fin de llegar a diálogos profundos entre los diferentes saberes. Cazzaniga continúa diciendo en el artículo que para que esto sea posible se deberán realizar contribuciones desde todos los espacios existentes involucrados y sobretodo y especialmente, en los ámbitos de formación en que se deberían realizar esfuerzos para transferir otros modos de pensar y hacer, respetando las especificidades pero teniendo como objetivo los trabajos en complementariedad.

Tercera Parte: Instituciones, Contexto Social y Marco Legal en el Tratamiento del Autismo

En esta tercera parte, eslabón final del soporte teórico de la investigación, se expondrán algunas consideraciones socio - institucionales sobre los desarrollos anteriores. Inicialmente se diferenciarán entre las distintas conceptualizaciones del término “institución”, a partir de las perspectivas de distintos autores especializados en la temática. Luego, se articulará el estudio de las instituciones pertenecientes al campo de la salud mental con los cambios científicos internacionales y las recientes modificaciones sociopolíticas regionales. Por último, cerrará esta parte un somero análisis sobre el estado legal de los tratamientos del trastorno autista asistenciales en discapacidad en nuestro país (Ley 24.901).

1. Diferenciando Conceptualizaciones en la Polisemia del Término “Institución”

El concepto de institución puede ser entendido, básicamente, en dos sentidos:

1. *En sentido amplio:* referido al conjunto de regularidades históricas – culturales (como lo son la educación, la salud, la justicia, la familia; etc.).
2. *En sentido restringido:* como sinónimo de organización (por ejemplo, una escuela, una empresa manufacturera, un neuropsiquiátrico).

En esta investigación utilizaremos el sentido restringido del término *institución*, homologándolo al de *organización*. Así, una institución debe tener un proyecto alrededor del cual estructurarse y a partir del mismo constituir un sistema técnico y social. Contará para esto con los medios necesarios que les posibilite alcanzar los objetivos que remitan a un tipo de producción limitada, cifrada y fechada, sea de bienes o de servicios, tendientes a satisfacer las necesidades de sus integrantes y las del entorno. Tiene un carácter concreto, tangible y visible, y se las puede ubicar témporo-espacialmente.

1.1. La noción de Institución de Aldo Schlemenson y el Análisis Organizacional

Según Schlemenson una organización constituye un sistema socio – técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación. Plantea seis dimensiones relevantes que se pueden extraer de esta definición; ellas son:

1. *El proyecto en el que se sustenta la organización:* Desde el punto de vista lógico, en el proceso de constitución de una organización, el proyecto esta primero. Toda institución encierra una idea, que está referida a algo que puede ser creado para satisfacer las necesidades de una audiencia externa y de esta manera también satisfacer las necesidades de sus

miembros. Aquello que necesita ser creado puede ser un objeto o un servicio. Una organización no solo necesita contar con un buen proyecto para su generación y persistencia en el tiempo, sino que éste para ser transformado en un plan de acción, requiere de su operacionalización en objetivos, metas y programas.

El proyecto y el plan de acción demandan la formulación de políticas organizacionales. Las mismas constituyen definiciones abstractas de conductas organizacionales requeridas que señalan un canal, una dirección en el trayecto del cumplimiento de la tarea.

Además de responder a necesidades genuinas, tanto de la audiencia externa como de los miembros de una organización, de ser coherente, de resistir el testeo de la realidad, el proyecto necesita ser suficientemente explícito y compartido por todos aquellos que están involucrados en su realización. La participación de los miembros de la organización en la discusión del proyecto y en la elaboración de las políticas constituye una modalidad que permite reducir la alienación, promoviendo bienestar, identificación y compromiso.

2. *La estructura organizativa:* el sistema interrelacionado de roles oficialmente sancionados que forman el organigrama, la definición de funciones y de responsabilidades.

3. *La integración psicosocial:* Tiene que ver con el plano de las relaciones interpersonales. Abarcan un eje vertical (las relaciones con la autoridad) y uno horizontal (las relaciones entre pares).

4. *Las condiciones de trabajo:* Están directamente referidas a la satisfacción y realización de los miembros. Involucra una serie de aspectos: a) el salario; b) la tarea y la posibilidad de realización personal que ésta brinda; c) las alternativas de desarrollo y de carrera que se ofrecen; d) las oportunidades de participación; e) el confort y la salubridad de los lugares de trabajo, etc.

5. *El sistema político:* Toda organización posee un sistema de autoridad que se ocupa de la conducción, distribución y coordinación de tareas. En forma paralela a este sistema de autoridad opera un sistema político "representativo" que se organiza espontáneamente a través de la conformación de grupos significativos de poder. Este grupo posee intereses que le son propios y que, mediante distintas modalidades, pueden cooperar, dificultar o confrontar directamente con el sistema de autoridad.

6. *El contexto:* Por ser un ente semiautónomo, toda organización depende funcionalmente del contexto del cual forma parte. El análisis de la relación de intercambio dada entre el contexto y la organización permiten discriminar distintos aspectos del contexto que afectan al desarrollo organizacional.

Estas son las seis dimensiones relevantes que toma el autor para realizar, desde un modelo praxiológico integrativo, un análisis organizacional.

1.2. Los interrogantes que Suscita el “Objeto Institución” Según Ida Butelman y Lucia Garay

En relación a las investigaciones y prácticas profesionales que realizaron sobre las instituciones educativas, un equipo de trabajo dirigido por Ida Butelman, plantea una serie de interrogantes sumamente provechosas y extrapolables, no sin rigor metodológico, a las instituciones pertenecientes al campo de la salud mental. Tales interrogantes sobre “lo institucional en la educación” (Butelman, 1996) datan sobre los siguientes puntos:

- El poder y las luchas por el poder
- Los liderazgos internos
- La rivalidad, el rumor y la comunicación perturbada
- Los vínculos de tarea interferidos por vínculos familiarizados
- La ausencia o el déficit de intercambios con el afuera, con riegos de empobrecimiento científico y educacional
- La desviación del proyecto institucional
- La pérdida de la memoria institucional y la ritualización del proceso

Interrogantes que implican, desde su propuesta, un inevitable abordaje multidisciplinario: “al apoyarnos en la necesaria diversidad teórica, estamos diciendo que consideramos el trabajo con instituciones un campo donde es posible más de un punto de vista. Por ello también es posible más de una respuesta, lo cual nos compromete a intentar explicaciones críticas en la búsqueda de nuevos modelos teóricos y de acción con el fin de dar al

profesional de las instituciones diferentes perspectivas para percibir, indagar, analizar y operar sobre ellas de modo que le sea posible ayudar a recuperar el proceso institucional perturbado por el estado de conflicto” (Butelman, 1996).

Más aun, según Lucía Garay (1996), las instituciones como objeto de conocimiento plantean obstáculos epistemológicos que provienen, por un lado, de la naturaleza misma de los fenómenos institucionales; y por otro, del sentido y la función que las instituciones adquieren en la sociedad. Las instituciones son formaciones sociales y culturales complejas en su multiplicidad de instancias, dimensiones y registros. Como campo de acción de sujetos individuales, grupos o colectivos, las instituciones son “*sombreados laberintos*” (Ibid), productos y productoras de procesos, inscriptas en la historización singular, y cuyo intento de conocimiento plantea desafíos teóricos y metodológicos no siempre solubles.

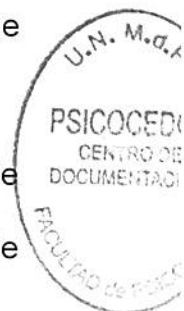
Más aun, argumentará la autora que, las instituciones desarrollan sus propias lógicas según la diversidad de funciones que adquieren, tanto para la sociedad en su conjunto y para los sectores sociales que las promueven y las sostienen, como para los individuos singulares que son sus actores, quienes con sus prácticas cotidianas las contienen y las cambian. Dirá: “Metas y funciones enunciadas, funciones reales, lo dicho y lo implícito, el escenario visible y la “otra escena”. Es como si constantemente hubiera que preguntarse “¿*Qué es la institución?*” para reconocer que la institución es, en realidad, una multiplicidad de instituciones. En forma metafórica podríamos

hablar de sus múltiples rostros y, consecuentemente, de las múltiples funciones que adquiere, más allá de la función principal y originaria” (Ibíd.).

La propuesta conceptual de esta autora se orienta en dirección al análisis organizacional de instituciones educativas, desde las cuales puede vislumbrarse, desde una perspectiva crítica, el predominio de un modelo “empresarial” desde el cual se emprende un trabajo institucional, ya sea con fines de investigación o de intervención, orientado más en la búsqueda de la eficiencia y la calidad del “producto” que en un análisis del complejo entrecruzamiento de factores que componen los fenómenos institucionales.

Garay señala que, “El paraíso de orden, logros y eficiencia que estos modelos auguran solo parece existir en sus instructivos. Otras son las realidades de los espacios institucionales concretos. La transformación del Estado, la reconversión económica, la entrada a escena de la llamada sociedad salvaje, hacen que los conflictos antes arbitrados por el Estado sean reincorporados al seno mismo de las organizaciones, de los grupos y los colectivos sociales e institucionales. Estallan conflictos intra e interinstitucionales. Las instituciones entran en crisis y con ella su capacidad estructurante, organizadora, de las prácticas humanas. Se rompen los lazos de solidaridad al interior de los colectivos de trabajo, se desatan luchas de poder; se desarticulan las funciones de contención y sostén que estos colectivos tenían para los sujetos, generándose angustias e imaginarios de peligros específicos” (Ibíd.).

Sin embargo, advierte que, a partir de los cambios socioculturales de las últimas épocas, no todas las instituciones están afectadas, ni tampoco de



la misma manera. Los fenómenos descriptos se observan sobre todo en conjuntos educativos, de acción social, terapéutica y familiar. Se trataría, así, de instituciones en sentido estricto en las que la finalidad primordial es de existencia, no de producción; centradas en las relaciones humanas con el propósito de educarse, confortarse o curarse, y no en relaciones económicas en sentido estricto.

1.3. La Institución y su Medio Social

Vemos así como una institución sanitaria (perteneciente al orden público o privado) es una organización que establece una relación interdependiente con el medio social en el cual se encuentra. Justamente por su condición de ente semi autónomo, todo establecimiento sanitario depende funcionalmente del contexto del cual forma parte. De modo que, el análisis de la relación de intercambio establecida entre el contexto y la organización nos permitiría discriminar distintos aspectos del contexto que afectan al desarrollo organizacional.

2. Desarrollo Científico – Internacional en Paralelo a las Modificaciones Sociopolíticas Regionales

Atendiendo a esta relación es como vemos que a la par de los avances internacionales científicos y praxiológicos que se han desplegado en los tratamientos institucionales del trastorno autista, acontecieron modificaciones sustantivas en el orden socio – político – económico regional.

En este sentido Malvárez (1996) explica que, “Las condiciones sociopolíticas de la humanidad y particularmente de la región latinoamericana en este fin de siglo, se caracterizan por la profundidad, diversidad y vertiginosidad de los cambios, mientras que las condiciones de vida de los pueblos se ven particularmente afectadas” (Ibid).

La reforma del Estado, la apertura económica, el nuevo marco político – cultural de formación de sujetos sociales y de personas, la relación entre el capital, el estado, la sociedad civil y las diversas jurisdicciones territoriales (nación, provincias, municipios) se han modificado sustancialmente. La implementación del modelo neoliberal y los cambios contextuales inducidos y profundizados en la Argentina en las décadas anteriores, con sus secuelas de pobreza y exclusión social sin precedentes, han modificado la configuración del sistema sanitario en su conjunto y las políticas estatales sobre salud mental en particular, y, consecuentemente, han transformado el funcionamiento de sus instituciones asistenciales.

2.1. El Modelo Neoliberal en la Argentina. La Caída del Estado y los Cambios en el Imaginario Social de la Población respecto del Sistema de Salud

Según Galende (1997), las reformas en los sistemas de salud en América latina en las últimas décadas han tenido como pivote la propuesta de privatización de los riesgos y la introducción consecuente de la salud y la enfermedad en los criterios y los valores del mercado. Esto ha implicado un cambio profundo acerca de lo público, ya que según la óptica de la

privatización se considera al cuerpo y a la vida de los individuos como un bien personal que debe ser cuidado bajo la responsabilidad y la capacidad de cada uno de los individuos. Manifiesta que, el cambio acontecido en las últimas épocas es profundo y afecta no solo a los dispositivos de atención médica, el financiamiento del gasto y las formas de la práctica social de los profesionales implicados, sino que también responde a un cambio global de las mentalidades, del imaginario social de la población.

2.1.1. Los cambios Acontecidos en el Sistema de Salud a partir de la Caída del Estado Benefactor

En el modelo socio político denominado “Estado Benefactor”, el sistema de salud tenía como pivote al hospital público, cuyo modelo de medicina y cuidados de la salud se extendía hacia las demás prácticas (de obras sociales, sanatorios, consultorios privados, etc.), garantizando a los enfermos ser atendidos en sus dolencias como parte esencial de sus derechos ciudadanos. La mentalidad que en aquel entonces estaba presente, tanto en los médicos como en los pacientes y el conjunto de la sociedad, era la de unir la atención de su enfermedad a los derechos como ciudadanos, bajo la idea de una solidaridad que aseguraba la ley y garantizaba el Estado.

La actual privatización, en cambio, a partir de la denominada medicina prepaga y la maraña de contratos entre centros de diagnóstico, sanatorios, prestadores y obras sociales, etc., ha generado entre médicos, personal auxiliar y enfermos, la mentalidad y el trato ya no del paciente, sino del

“cliente”; dando por resultado el hecho de que desaparezca la responsabilidad estatal de cuidar médicamente del ciudadano que se encuentre enfermo, e instalándose la regla mercantil básica de que quien está enfermo es un cliente que compra y paga por lo que consume.

Inevitablemente, esta lógica del mercado profundiza la estratificación y la jerarquización de los individuos respecto de sus posibilidades de acceso a los sistemas de salud, de la calidad y nivel de la empresa que eligen para su seguro de salud, la obra social a la que pertenecen o al acceso a la práctica liberal de los especialistas. Los sectores populares (progresivamente vulnerabilizados en sus derechos básicos) solo acceden a los centros de salud periféricos o a los hospitales públicos, paulatinamente vaciados tanto de recursos materiales como humanos (v. g.: falta de personal capacitado, franja de horarios de atención reducida, ausencia de insumos sanitarios básicos, etc.). En el caso de la salud mental, explica Galende, esta política asistencialista para “pobres” solo logra mantener algunos programas comunitarios locales, volcándose crecientemente a una atención restringida sobre la base de la prescripción de medicamentos y desentendiéndose de los problemas globales de la salud mental de conjuntos sociales cada vez más amplios (Ibid).

2.1.2. Es Posible Hablar de un “Sistema” de Salud

El sistema de salud en la Argentina funcionó, en épocas pasadas recientes, manteniendo un cierto equilibrio entre los tres subsectores que lo componían: el Estatal (Nación, Provincia, Municipios); Obras sociales y

Mutuales, y un subsector privado de atención médica liberal. El sector estatal daba cobertura aproximadamente a un 30% de la población, las obras sociales en conjunto cubrían un 50% de la demanda de atención y el sector privado, alrededor de un 20%. El cambio acontecido a partir de la implementación del modelo neoliberal ha modificado sustancialmente este orden de proporciones. El Estado, por un lado, mediante diversas políticas de descentralización, concretadas en un alejamiento de sus responsabilidades de brindar a la ciudadanía servicios de salud, se ha ido retirando de sus funciones, mientras que la crisis del financiamiento de las obras sociales han promovido una apertura desproporcionada al subsector privado. Y este último, acorde al nuevo modelo político, fue cambiando su carácter de prácticas liberales de consultorio y sanatorios privados, hacia un dominio de empresas médicas que tratan de ampliar su participación en el mercado, empleando a profesionales de la salud bajo diversos contratos de dependencia laboral.

Galende (1997) argumenta en este sentido que este proceso requiere de una lectura conjunta, ya que sus tendencias son coherentes y planificadas. La reestructuración del sistema de salud en la Argentina no se produce por una ley o un acto único, es el resultado de políticas paulatinas que han ido desmembrando el sistema estatal, atacando la capacidad y el prestigio de las obras sociales, dominando a los médicos y las pequeñas empresas médicas para convertirlos en empleados de las grandes aseguradoras, facilitando el surgimiento de un imaginario social sobre salud que acepte a la empresa y su eficacia para la gestión como reemplazo de un



sector público empobrecido y maltratante y de unas obras sociales ineficaces o dominadas por la corrupción. Solo sobre la base de esta triple derrota (del sector público, de las obras sociales y de las prácticas liberales de los profesionales) era posible liquidar los valores que sostenían al sistema de salud: la solidaridad como fundamento de los cuidados de la salud, la igualdad como derecho ciudadano y social, la equidad como principio de justicia. Sin la liquidación de estos valores, dominantes en el modelo de atención médica en épocas anteriores, no se hubiera podido llevar a adelante el proceso de privatización empresarial que propusieron diversos grupos económicos y organismos internacionales. Ha sido justamente estas modificaciones que han afectado sobre todo al imaginario social de la población las que promovieron, paulatinamente, la desaparición de la idea misma de un “*Sistema*” de salud integrado, en beneficio de las gestiones empresariales de los dineros que circulan por este sector.

Desde una perspectiva sociológica, Centrángolo y Devoto (2002) afirman que el sector de salud argentino se ha caracterizado, desde la década de los ochenta hasta la actualidad, por presentar una excesiva fragmentación. Su falta de coordinación y articulación ha impedido la conformación de un “sistema” de salud y ha atentado contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Así, no solo ha habido una falta de integración entre los distintos subsectores - público, seguridad social, privado-, sino también un elevado grado de fragmentación y desarticulación entre ellos.

En definitiva, atendiendo a estas breves argumentaciones vemos como en la actualidad es posible cuestionar una integración real del funcionamiento del sistema de salud en nuestro país, en el cual el campo de la salud mental se ve doblemente afectado.

2.2. El modelo neoliberal y las modificaciones en el campo de la Salud Mental

Al igual que todo fenómeno social, las tendencias en salud mental han variado según las épocas y los distintos contextos socioculturales y económicos políticos en donde se gestaron. En contraposición a la compleja composición y dinámica del campo de la salud mental, muchas de sus tendencias dominantes han estado definidas casi unilateralmente por términos técnico sanitarios, los cuales, con insistencia, han excluido la consideración de sus múltiples dimensiones determinantes. Stolkiner (1998) afirma que: “El espacio de las prácticas en salud es un ámbito en el cual se ponen en juego contradicciones sociales, donde se preanuncian formas y, eventualmente, coexisten modelos antagónicos”.

En América latina, los nuevos modelos y prácticas de Salud Mental están aun en gestación, desarrollándose experiencias puntuales con resultados diversos. En este sentido, Malvárez (Ibíd.) explica que: “En consecuencia, pareciera que el punto de inflexión estaría dado por el modo cómo se efectúe el análisis y la explicación de las problemáticas de la salud mental en el mundo, por las dimensiones que se tomen en cuenta para ese análisis y por el lugar social, la intencionalidad y la capacidad de generar

procesos de transformación en materia de conceptos, prácticas y organización de la salud mental, de quienes participan en estas decisiones y de sus consecuencias sociales”.

Galende (Ibíd.) argumenta que en la actualidad, la Salud Mental podría ser considerada como la doble víctima de las políticas neoliberales. Por una parte, el campo de la salud mental se ve enfrentado a un crecimiento de la demanda de atención y a una complejidad mayor de los problemas que debe encarar, al mismo tiempo que el proceso de privatización en salud modificó los criterios de cobertura en el sector privado, haciéndola más restrictiva y discrecional, conjuntamente con el empobrecimiento del sector público que ha modificado los valores y criterios de atención. En este marco se pregunta: “¿Cómo enfrentar entonces este doble problema de una fragilización de la vida social, que cobra sus víctimas en la salud mental de las personas, provocando nuevas patologías más complejas por su imbricación mayor con las condiciones de vida, junto con un retorno a criterios puramente asistencialistas y restrictivos de la atención, condicionados por consideraciones de la economía sin ninguna relación con la racionalidad médica – psicológica sobre los problemas que debemos abordar?”.

En tal sentido, coincidimos con Malvárez cuando plantea que la atención integral de la Salud Mental en una sociedad debe incluir un conjunto de medidas sanitarias, socio - culturales, científico - técnicas, económico - políticas, legislativas, éticas, estéticas y organizacionales, que supongan una visión completa del sujeto y las dinámicas sociales. Es decir,

que el campo de la salud mental precisa constituirse como tal: *Complejo y Transdisciplinario*.

En el caso particular del autismo, las implicancias y atravesamientos que presenta en el campo de la salud mental de nuestro país nos remite inevitablemente a realzar una breve indagación respecto del marco legal dentro del cual se encuentra.

2.3. Marco Legal de los Tratamientos Asistenciales en Discapacidad (Ley 24.901)

En el sistema legal argentino actual, se considera al autismo como una discapacidad o alteración permanente, principalmente de orden mental, que afecta a personas desde la temprana infancia y, en la mayoría de los casos, durante toda su vida. Se ubica así dentro del denominado "*Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad*" – Ley 24.901, sancionada por el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina el 5 de noviembre de 1997.

2.3.1. Breve Descripción de la Ley

La Ley 24.901 prevé la cobertura de prestaciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación de la persona con discapacidad. La cobertura incluye:

- Estimulación temprana; educación especial; integración en escolaridad común; formación laboral; talleres protegidos; centro de día y centro educativo terapéutico

- Hogares para personas sin grupo familiar continente
- Prestaciones de rehabilitación
- Odontología
- Pañales
- Equipamiento: sillas de ruedas, sillas especiales, prótesis, ayudas técnicas, etc.
- Alimentos dietarios especiales
- Prestaciones asistenciales

La cobertura es obligatoria para todas las entidades que presten servicios de salud: obras sociales nacionales y provinciales, obras sociales con ley propia de creación (v. g. Ioma, Pami, Profe, etc.), entidades prepagas y mutuales, asociaciones de beneficencia que presten servicios (v. g. Hospital Frances, Español, Italiano, etc.)

2.3.2. Nuevo Proyecto de Ley. Planteamientos Abiertos

El 3 de junio del 2009 un grupo de padres con niños diagnosticados con TGD presentaron en el congreso un proyecto de ley (N° de Expediente 2785-D-2009 - Trámite Parlamentario 060 -03/06/2009-) que introduciría modificaciones sustantivas en el actual sistema de prestaciones básicas y de rehabilitación integral para personas con discapacidad.

Este proyecto fue elaborado por el diputado Claudio Morgado. En el mismo, los miembros de la organización “TGD – Padres” tuvieron la oportunidad de sugerir ideas y propuestas que fueron incluidas en sus distintos artículos. Obtuvo consenso de la mayoría de los diputados de la

Comisión de Discapacidad. Actualmente requiere de la aprobación por parte de la Comisión de Salud, en donde pareciera encontrar algunas oposiciones y resistencias.

Algunas de las modificaciones a la Ley 24.901 que comprende el nuevo proyecto de ley son las siguientes:

1) *Todas las obras sociales, mutuales, prepagas y cualquier entidad que brinde servicios médicos de salud deberán brindar la cobertura total de las prestaciones a favor de las personas con discapacidad.*

2) *Las personas que no tengan obra social o ningún tipo de prestador de salud tendrán derecho a recibir las prestaciones siendo el propio Estado quien deberá proveérselas.*

3) *Las obras sociales, pre-pagas, etc. deberán:*

-Capacitar a su personal.

-Informar a sus afiliados de todos los derechos que tienen las personas con discapacidad (obtención del certificado, cobertura del 100% de los tratamientos, etc.).

4) *Habrà una multa a los agentes de salud que no cumplan con la cobertura de las prestaciones para discapacidad que tendrá un monto igual o mayor al 100% del valor de la prestación denegada. Y además, "con independencia de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder".*

5) *La persona con discapacidad (o su flia. a cargo) va a poder elegir el prestador que quiera aunque no sea el contratado o brindado por la obra social.*

6) El Poder Ejecutivo propondrá a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente ley, e invitará a incorporar las modificaciones realizadas en cumplimiento de la Ley 26.378

7) Transporte gratuito a todos los establecimientos y/o lugares. Aún al colegio común.

8) Cobertura *integral de centros de recreación y colonias de vacaciones* para personas con discapacidad.

9) La entidad que brinde la cobertura sanitaria *deberá cubrir todos los estudios que necesite la persona por su discapacidad, se hagan o no en el país.*

De este modo, de sancionarse dichas modificaciones producirían un cambio sustantivo en la legislación actual respecto de los tratamientos en discapacidad en general, y en los tratamientos psicológicos del autismo en particular.

CAPÍTULO 2

Metodología

A continuación se expone una descripción del proceso metodológico utilizado en nuestra investigación. En este apartado se intentará describir lo más detalladamente posible lo realizado. Ya que se considera como una característica fundamental de toda investigación científica exponer los criterios y selección de los instrumentos que permiten abordar el objeto de estudio y, posibilitan además replicar y comparar los datos que tal trabajo arroja.

Definición de Variables e indicadores

Para realizar la descripción objetiva de cada institución y su consiguiente comparación (basada en criterios de similitud y diferencia) se utilizaron tres variables. Su construcción surgió de la operacionalización de la definición de “*organización*” que plantea Aldo Schlemenson (ver marco teórico). Las variables que permitieron la recolección de la información fueron:

- Variable I: Características de la institución

Indicadores: recursos materiales y técnicos; tenencia del establecimiento; instalaciones; déficit de estructura; subsidios; lista de espera; obras sociales.

- Variable II: Personal

Indicadores: edad; número y género; distribución de cargos; antigüedad; modalidad de contratación; carga horaria; condición

laboral; ingreso; nivel de especialización en autismo y capacitación institucional.

- Variable III: Pacientes

Indicadores: número; distribución etárea; nivel educativo y actividad laboral de los padres de los pacientes; porcentaje de autismo en relación a la matrícula institucional; otras patologías y trastornos; procedencia de la derivación; causas de deserción.

En tanto, para la descripción de las características de los tratamientos psicológicos y la dinámica de trabajo del equipo interdisciplinario, y su consiguiente comparación (basada en criterios de similitud y diferencia) se utilizaron cuatro variables, con sus respectivas dimensiones. Su construcción surgió de la operacionalización de un recorte de las conceptualizaciones de Ángel Riviere sobre el autismo (ver marco teórico). Las mismas fueron:

- Variable I: Concepción del autismo

Dimensiones: definición; invisibilidad de la enfermedad a nivel social y profesional; percepción social.

- Variable II: Tratamientos psicológicos

Dimensiones: tipo de tratamiento psicológico; objetivos del tratamiento; subjetividad del paciente; técnicas diagnósticas y terapéuticas; administración de psicofármacos; relación entre diagnóstico precoz del autismo y tratamiento; métodos de evaluación de resultados; participación de la familia en el tratamiento; compromiso general de las familias; nivel de deserción; articulación



inter institucional; relación laboral del psicólogo con la institución; aranceles del psicólogo.

- Variable III: Equipo interdisciplinario

Dimensiones: tratamiento interdisciplinario; influencia del posicionamiento escolástico del psicólogo en el equipo de trabajo; composición del equipo; dirección y autoridad del equipo; frecuencia de las reuniones de trabajo; modalidad de trabajo preferencial del psicólogo con algún profesional del equipo; fortalezas y debilidades del equipo; alternativas de mejoras en el equipo de trabajo.

- Variable IV: Ley de Discapacidad (24.601)

Dimensiones: conocimiento sobre la ley; incidencia de la Ley 24.901 en el sostenimiento de los tratamientos del autismo; conocimiento social sobre la ley; conocimiento sobre algún nuevo proyecto de ley específico sobre el autismo.

Metodología Empleada

La metodología utilizada fue cuantitativa y cualitativa.

Elección del Instrumento - Diseño

Dentro de las múltiples técnicas existentes en la investigación social, *la entrevista* resultó ser la técnica más apropiada para operativizar la recolección de datos necesarios afín de cumplimentar los objetivos planteados en la presente investigación. Las características que hacen de su

técnica un instrumento idóneo para nuestro propósito son las siguientes (Miguel Valles, 2000):

- Resulta ser un instrumento que permite un contacto directo (cara a cara) con el profesional miembro de la institución relevada.
- Promueve un mayor compromiso en la respuesta a las preguntas planteadas.
- Permite obtener una mayor riqueza informativa, al brindar la posibilidad de repreguntar o aclarar las preguntas planteadas.
- Posibilita complementar los datos obtenidos con la observación del registro no verbal de la comunicación.

Dado la condición del objeto abordar, se diseñaron dos entrevistas, una de carácter semi estructurada, con preguntas cerradas y abiertas, dirigida a un miembro de la dirección, afín de recabar datos objetivo-descriptivos sobre cada institución de la muestra. Y, una de carácter semi estructurada, con preguntas abiertas, dirigida al psicólogo, con el propósito de recabar datos sobre las características del tratamiento psicológico para el síndrome que oferta su institución de pertenencia, conocimiento sobre la ley de discapacidad en donde se enmarca legalmente el autismo en nuestro país, como así también se consideró pertinente dar cuenta de la dinámica de trabajo del equipo interdisciplinario por entender su incidencia en la calidad del tratamiento.

Muestra

Se eligió una muestra no probabilística. Fueron relevadas salvo una, todas las unidades del universo abocadas al tratamiento del autismo (ver presentación de las instituciones).

Contacto con las Instituciones

El contacto inicial en todos los casos fue con la dirección, vía telefónica. Se expuso una breve descripción de la investigación y se solicitó la colaboración para la implementación de las entrevistas. En algunos casos, resultó necesario un primer encuentro con la dirección, afín de detallar características básicas de la investigación. La respuesta general fue de colaboración e interés, si bien en algunas instituciones los tiempos inicialmente planificados para su realización se dilataron significativamente.

Administración de las Entrevistas

En todos los casos, la administración se realizó en dos encuentros: uno para entrevistar a un miembro de la dirección, otro para entrevistar al psicólogo. Las mismas se realizaron en las instituciones correspondientes, durante la mañana, con una duración promedio de 80 minutos.

Fue un elemento común a todas, por cuestiones institucionales, esperar a los profesionales para entrevistar durante un tiempo, el cual resultó sin embargo, provechoso para recabar información mediante observación directa.

Análisis de Datos

Se distribuyeron los datos obtenidos de cada entrevista a partir de las variables identificadas, con sus respectivas dimensiones. El proceso de análisis para cada tipo de entrevista resultó diferente:

- Datos obtenidos de las entrevistas con las direcciones: Se compararon cada una de las variables, con sus respectivas dimensiones, en las tres instituciones relevadas. Primero se presentó textualmente la información, a modo descriptivo. Luego se establecieron similitudes y diferencias, se los relacionó con el marco teórico y la bibliografía citada, con otras dimensiones analizadas y con apreciaciones personales de los investigadores. En los casos en donde los datos obtenidos lo permitieron, se cuantificó la información analizada y se la expuso mediante cuadros de doble entrada y gráficos de barras (especificando la elaboración propia como fuente de datos debajo de cada gráfico).

No obstante, mucho de lo preguntado no pudo ser respondido ya que las instituciones no cuentan con estadísticas. Si bien dicha ausencia de cuantificación podría haber sido compensada mediante el diseño de instrumentos que levantaran datos estadísticos más finos, consideramos por lo observado que su obtención hubiera sido un proceso dificultoso dado que hay que directamente construir el dato primario y, ninguna de las instituciones permite el acceso a sus archivos.

- Datos obtenidos de las entrevistas con los psicólogos: Se compararon cada una de las variables, con sus respectivas dimensiones, en las tres instituciones relevadas. Se presenta textualmente la

información a modo descriptivo, se establecen similitudes y diferencias, se los relaciona con el marco teórico y la bibliografía citada, con otras dimensiones analizadas y con apreciaciones personales de los investigadores. Todo el análisis de la información aquí expuesta resultó de carácter cualitativa.

Conclusiones

A partir de toda la información recabada, desarrollada, y analizada se expusieron las tendencias generales de los temas abordados arrojados en dicho proceso.

Presentación de las instituciones relevadas

A continuación se presenta una somera descripción de las instituciones identificadas y relevadas en nuestra investigación.

Instituciones de la Órbita Privada

Las instituciones relevadas del sector privado fueron las siguientes:

- **Centro Asistencial CAPSA:** Es un centro de asistencia e investigación especializado en autismo y TGD. Cuentan con un equipo profesional multidisciplinario de investigación y asistencia terapéutica. Se encuentra situado en el macro centro de la ciudad. Se observa que el establecimiento surgió de la remodelación de una casa residencial de tamaño medio. Sus habitaciones son pequeñas, con poco mobiliario, poco luminosas y se encuentran en muy buen estado. En la sala de ingreso se puede observar una cartelera en donde se promocionan las actividades de capacitación y un organigrama con el nombre, disciplina y área de trabajo de cada profesional. También se observan diplomas de cursos de especialización realizados por el director de la institución. En la fachada exterior se visualiza una pequeña placa con el nombre del establecimiento y su denominación institucional (*Centro Asistencial y de Investigación en Autismo y TGD*).

- **Centro Asistencial KREIA:** Es un centro de salud, educación, desarrollo, rehabilitación e investigación infanto juvenil y familiar. Se encuentra ubicada en el macrocentro de la ciudad. Cuenta con un amplio conjunto de profesionales, dentro del cual funciona un equipo multidisciplinario especializado en TGD. El establecimiento es amplio, las instalaciones se encuentran en muy buen estado y con un marcado cuidado decorativo, estilo moderno (cuadros, alfombras, pintura, amueblados). En sus dos pisos se distribuyen los consultorios y otros ambientes. La sala de espera es grande, en ella encontramos una cartelera con el nombre, disciplina y especialidad de cada profesional. En la fachada exterior se visualiza, por encima de la puerta de entrada, una placa con el nombre de la institución, el logo y su denominación institucional (*Centro de Salud, Educación, Desarrollo, Rehabilitación e Investigación Infanto Juvenil y Familiar*).
- **Neuropsiquiátrico Clara del Mar:** Es una clínica neuropsiquiátrica ubicada en la zona sur de la costa de la ciudad, en el Barrio Punta Mogotes. Cuenta con un amplio equipo de asistencia profesional multidisciplinario. El establecimiento es amplio, al igual que sus ambientes (consultorios, comedores, patios, etc.), todos ellos se encuentran en muy buen estado. El mobiliario es discreto. El establecimiento se divide en dos: un sector para pacientes graves y otro para pacientes con patologías más leves. La sala de espera es amplia, ubicada sobre una de las dos entradas (en la zona donde se encuentran

las habitaciones de los pacientes leves). Todas las salidas externas (ventadas, puertas y portones) están enrejadas y cubiertas por plastificados o cortinas, lo cual impide observar su interior. En su fachada externa no se observa ninguna placa o señalización con el nombre de la institución y su denominación institucional.

En la sección correspondiente al análisis de los datos, obtenidos de las entrevistas con la dirección y con los psicólogos, se presentará el análisis y la comparación institucional de estos tres establecimientos, dado que forman parte de la muestra utilizada en esta investigación.

- **Clínica Psiquiátrica Grupo Suizo:** Dentro de las instituciones relevadas, el neuropsiquiátrico Grupo Suizo presenta las características investigadas (es una institución en donde residen de modo permanente personas con diagnóstico de autismo y, trabajan profesionales psicólogos que integran un equipo de asistencia interdisciplinario). Sin embargo, debido a las reticencias por parte de su dirección ante nuestro pedido de realización de las entrevistas, sumado a distintas irregularidades y faltas graves respecto del obrar de la institución, informados por personas cercanas a la clínica en cuestión (ex pacientes, familiares y profesionales) no fue posible relevar este establecimiento.

Instituciones de la Órbita Pública

Las instituciones identificadas del sector público fueron las siguientes:

- **Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tettamanti”**
- **Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Allende”**

En ambos casos, en ninguna de ellas se oferta un tratamiento o servicio psicológico, enmarcado en un trabajo interdisciplinario, para el abordaje (diagnóstico – terapéutico) del trastorno autista. Ante la presencia de dichos casos se realiza un desplazamiento directo de la demanda a la órbita privada.

En síntesis, de las cuatro instituciones pertenecientes a la órbita privada: fue posible relevar tres instituciones (CAPSA, KREIA, CLARA DEL MAR); y una institución (GRUPO SUIZO) no pudo ser relevada, por causas ajenas a la investigación que ya fueron explicitadas. En cuanto a las instituciones públicas (hospital Materno Infantil e Interzonal) no fueron relevadas por no ofertar ningún tratamiento y/o servicio diagnóstico – terapéutico para el trastorno autista, quedando librado el tratamiento al propio esfuerzo que puedan hacer los pacientes y sus familias; lo que confirma lo expuesto en el marco teórico acerca del desmantelamiento del servicio en el área de salud mental.

Análisis de Datos. Entrevista con los directores

A continuación se presentan los resultados arrojados en las entrevistas efectuadas a los directores de las instituciones relevadas.

Eje 1: Características de la Institución

1. Recursos Materiales y Técnicos

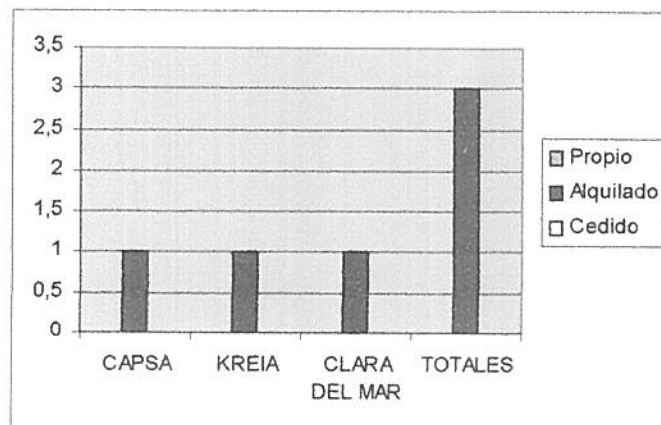
El total de las instituciones relevadas utiliza como *recursos materiales y técnicos*: materiales didácticos, materiales para actividades físicas y técnicas diagnósticas. De todas las instituciones de la muestra, observamos que dos de ellas presentan un amplio conjunto de recursos utilizados para el abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome autista. Más aun, tales recursos científicos son propios de la concepción desde la cual comprenden y abordan al autismo. Entre ellos encontramos técnicas diagnósticas estandarizadas (v. g. IDEA; ADOS); entrevistas estandarizadas para padres (v. g. ADIR); técnicas de fortalecimiento de habilidades cognitivas (atenciones, memorísticas, sensoperceptivas), psicomotrices, y de adquisición y mantenimiento de hábitos conductuales (alimenticios, higiénicos y oníricos). La amplitud del arsenal técnico del que disponen los equipos profesionales de las instituciones resulta justificada a partir de la perspectiva nosológica y el abordaje terapéutico que realizan, en donde se reconoce la complejidad del síndrome y la consiguiente necesidad de realizar un trabajo terapéutico multidimensional, atendiendo sobre todo al

fortalecimiento de las áreas cognitivas y del comportamiento de cada persona autista. Como lo plantea Riviere (1992) el autismo exige una enseñanza explícita de capacidades, habilidades e instrumentos de relación que los niños normales adquieren por aprendizaje implícito. Para que se produzca ese proceso de desarrollo explícito es necesario emplear procedimientos muy precisos y elaborados de influencia sobre el medio externo.

2. Tenencia

	Propio	Alquilado	Cedido	TOTAL
CAPSA		1		1
KREIA		1		1
CLARA DEL MAR		1		1
TOTALES		3		3

Tabla 1 - Tenencia



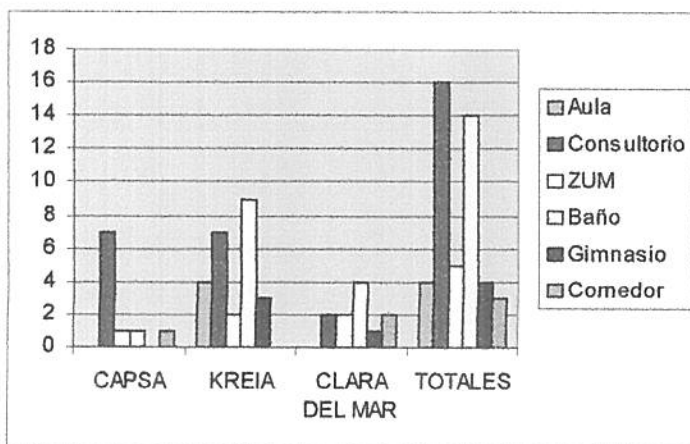
Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Todos los directores entrevistados afirman que el edificio en donde funciona la institución es alquilado, no registrándose instituciones que funcionen en establecimientos propios o cedidos. Podría considerarse como uno de los factores que inciden en el estado de esta dimensión analizada, es la reciente existencia de las instituciones, en tanto que la mayoría de ellas no supera los cinco años de historia.

3. Instalaciones

	Aula	Consultorio	SUM	Baño	Gimnasio	Comedor	TOTAL
CAPSA	0	7	1	1	0	1	10
KREIA	4	7	2	9	3	0	25
CLARA DEL MAR	0	2	2	4	1	2	11
TOTAL	4	16	5	14	4	3	46

Tabla 2 - Instalaciones



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Resulta evidente la especificidad en las características de las instalaciones de los establecimientos (ver tabla 1.3). Sin embargo, se puede establecer una relación entre tal disposición de instalaciones y los servicios y tratamientos que ofertan. Así, observamos que en las dos instituciones que ofrecen un tratamiento interdisciplinario para el síndrome autista, sin contar con un servicio de internación, presentan mayor número de espacios destinados al trabajo terapéutico, tales como consultorios y aulas. En tanto que la única institución que ofrece un servicio de internación, sin tratamiento terapéutico para el síndrome autista, posee mayor número de espacios destinados a la realización de actividades cotidianas, tales como comedores, gimnasios y baños.

4. Déficit de Infraestructura

Dos de los directores (CAPSA y CLARA DEL MAR), consideran que el edificio no posee déficit alguno. En cambio, la directora de KREIA señala que en el establecimiento que dirige falta una sala de conferencias. No se encuentran elementos significativos en el análisis de esta dimensión.

5. Subsidios

Ninguna obtiene subsidios de entidades públicas o privadas; resulta sorprendente el hecho de que no pueden asumir que la mayoría de sus pacientes son beneficiarios de la Ley de Discapacidad, lo que implica un subsidio directo a la atención, sería interesante comprobar cuantos de sus pacientes podrían recibir dicho tratamiento si tal beneficio no existiera. Por

otra parte, si se correlaciona la antigüedad de las instituciones se comprueba que empiezan a funcionar a partir del momento en que la ley se implementa. Por lo tanto, si gozan de un subsidio, directo para los pacientes, indirecto para las instituciones.

6. Lista de Espera

Del total, tanto CAPSA como KREIA poseen lista de espera para el ingreso, no así CLARA DEL MAR. La condición de su existencia es señalada como uno factor de peso entre los distintos servicios y tratamientos ofertados. En tanto que las dos instituciones que dan un tratamiento interdisciplinario son las que presentan una lista de espera para el ingreso de nuevos pacientes, provenientes incluso de zonas alejadas de la ciudad de Mar del Plata y del Partido de Gral. Pueyrredón. En cambio, la institución que solo oferta un servicio de internación, no tiene una lista de espera. Resulta interesante reflexionar sobre la existencia de listas de espera, según los parámetros consensuados por la comunidad científica internacional, expuestos en el manual diagnóstico DSM IV (1995) en el diagnóstico del autismo, se estima una incidencia poblacional de 5 a 10 casos por cada 10.000 nacimientos. En tal sentido, podría considerarse que la existencia de listas de espera para el ingreso revela más una escasez, sobre todo del sector público, en que dicho servicio es inexistente, no siendo la causa el aumento de la incidencia poblacional sino la falta de servicios.

7. Obras Sociales

Sobre las obras sociales que realizan más derivaciones a la institución, cada director presentó una respuesta diferente. CAPSA considera que son muchas las que realizan derivaciones; KREIA no trabaja con obras sociales, si en cambio con Pre-pagas o derivaciones particulares; CLARA DEL MAR lo hace predominantemente con derivaciones de las obras sociales IOMA y PAMI. Las obras sociales tienen prescripto por la Ley de Discapacidad 24.901 la cobertura integral de los tratamientos de sus afiliados, aun cuando los padecimientos que los aquejen, como en el caso del autismo, no tengan una cura definitiva y la cobertura deba realizarse durante toda la vida del paciente. *“El crecimiento en la obtención de conocimientos sobre los trastornos autistas no ha conducido a ningún método de tratamiento curativo. Los auténticos progresos se han dado en la comprensión de cómo crear un entorno y un programa diario que minimice las discapacidades y maximice las habilidades potenciales. Es una gran ventaja, pero no cambia las deficiencias neurológicas y psicológicas subyacentes”* (Riviere, 1994). Sin embargo, la aprobación de la cobertura de un tratamiento por parte de las obras sociales, como condición inicial de ingreso a una institución, resulta sumamente dificultosa, tanto para familiares como para profesionales, debido a las complejidades que implica el abordaje del autismo. Tales dificultades pasan por la obtención de la cobertura, y el incumplimiento en forma frecuente de la legislación vigente, hechos que generan que algunas instituciones asistenciales decidan no trabajar con ellas, optando, en cambio, por ofertar tratamientos particulares o mediante

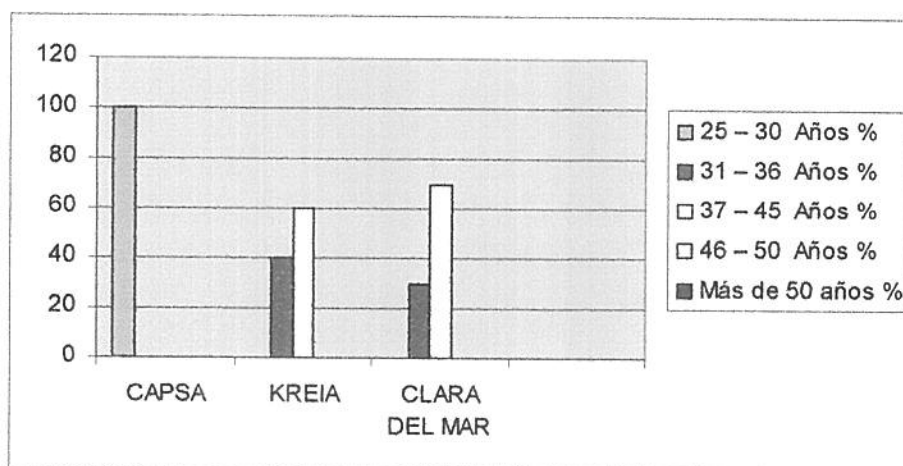
distintas empresas de salud (v. g. Pre pagas).

Eje 2. Personal de la Institución

1. Edad

	25 – 30 Años %	31 – 36 Años %	37 – 45 Años %	46 – 50 Años %	Más de 50 años %
CAPSA	100				
KREIA		40	60		
CLARA DEL MAR		30	70		

Tabla 3. Edad



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

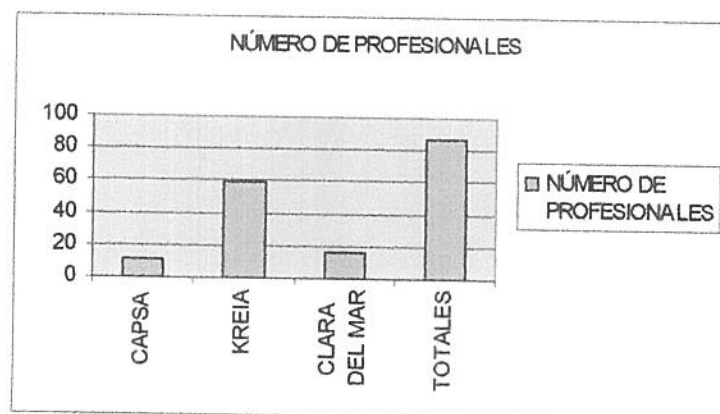
Sobre las edades del personal que trabajan en dichas instituciones, tanto en KREIA como CLARA DEL MAR, la mayoría se encuentra en el

grupo de 31 a 45 años. No así en CAPSA, en donde la edad de la mayoría es más joven y tiene entre 25 y 30 años. Por lo observado ninguna cuenta con una dotación de personal envejecido. Este dato puede ser pensado por la invisibilización de esta patología hasta hace unos años atrás, y la carencia de formación en ámbitos académicos nacionales.

2. 2 Número y Género

	NÚMERO DE PROFESIONALES	NÚMERO DE PROFESIONALES %
CAPSA	11	12.7
KREIA	59	68.6
CLARA DEL MAR	16	18.6
TOTALES	86	100

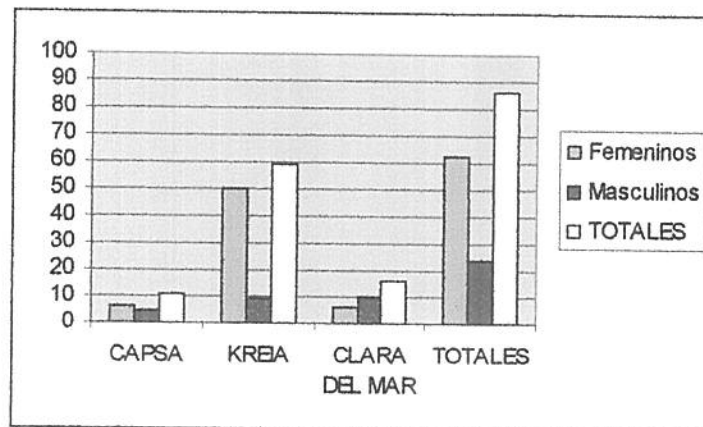
Tabla 4. Número



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

	Femeninos	Masculinos
CAPSA	6	5
KREIA	50	9
CLARA DEL MAR	6	10
TOTALES	62	24

Tabla 5. Género



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

A partir de la lectura de este cuadro, vemos que en CAPSA trabajan un total de 11 profesionales (5 masculinos y 6 femeninos), en KREIA lo hacen 59 profesionales (9 masculinos y 50 femeninos) y en CLARA DEL MAR se desempeñan 16 profesionales (10 masculinos y 6 femeninos). El total de profesionales en las tres instituciones relevadas es de 86 personas (24 masculinos y 62 femeninos). A partir de estos datos podemos detectar que el personal de una de las instituciones es significativamente superior a la muestra, en tanto que las dos restantes poseen un número similar de

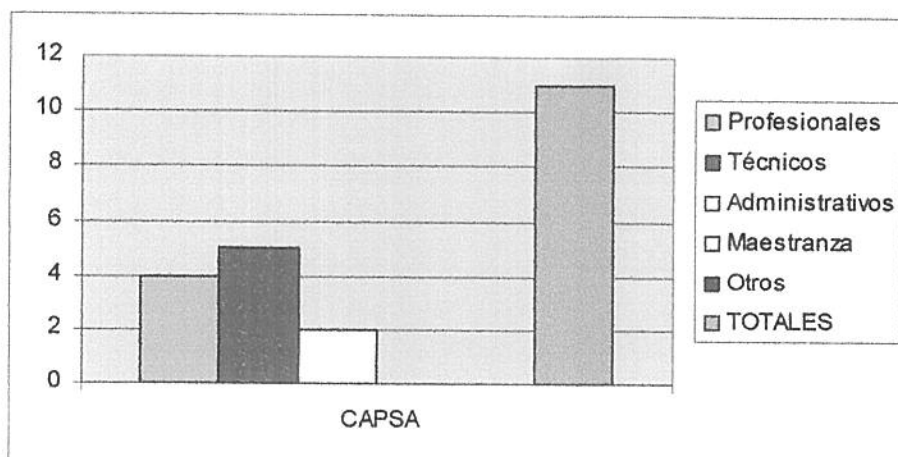
profesionales. Tal diferencia podría responder al amplio conjunto de enfermedades que se asiste en dicho centro, a las condiciones edilicias y a las características de los tratamientos que oferta.

En cuanto al género de los profesionales, el grupo de mujeres es significativamente superior al de varones. Tal estado de cosas, si bien multideterminados por complejos y variados factores, podría responder, en parte, a tendencias tradicionales en la elección de carreras profesionales, siendo el campo de la salud mental ampliamente ocupado por profesionales mujeres. Sin embargo, en lo concerniente al autismo, no encontramos diferencias significativas entre los géneros de los profesionales, en tanto que los miembros varones y mujeres de los equipos profesionales en las tres instituciones presentan un número similar. Sin embargo en una de las instituciones relevadas, en base a los datos recabados por observación directa se puede atestiguar que existe una distribución de tareas, dentro del tratamiento, en cuanto al género del personal. Es así como, el personal masculino, realiza las actividades del tratamiento que involucran la fuerza física, tales como técnicas de postura corporal, mantenimiento de la mirada y actividades aplicadas para desarrollar destrezas físicas determinadas. Y el personal femenino realiza las técnicas desarrolladas para desplegar habilidades de tipo cognitivo. Estas técnicas tanto cognitivas como conductuales están sustentadas desde el marco teórico del cognitivismo comportamental.

3. 3. Distribución de Cargos

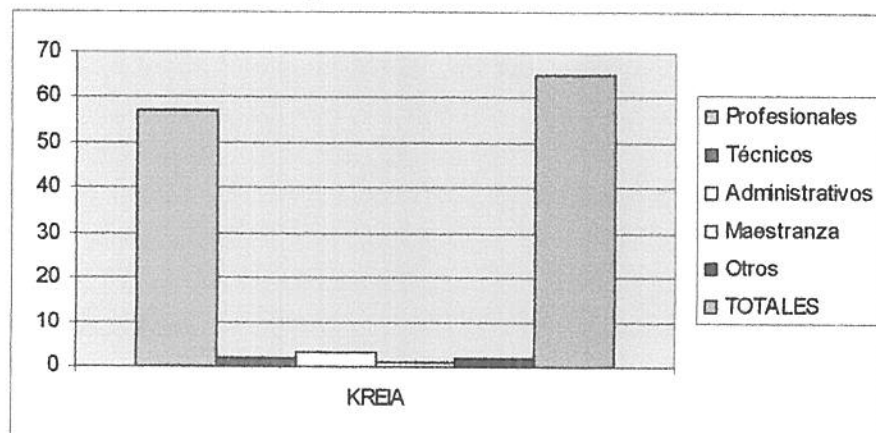
	Profesionales	Técnicos	Administrativos	Maestranza	Otros	TOTAL
CAPSA	4	5	2			11
KREIA	57	2	3	1	2	65
CLARA DEL MAR	16	12	3	2	8	41
TOTALES	77	19	8	3	10	117

Tabla 6. Distribución de Cargos en CAPSA



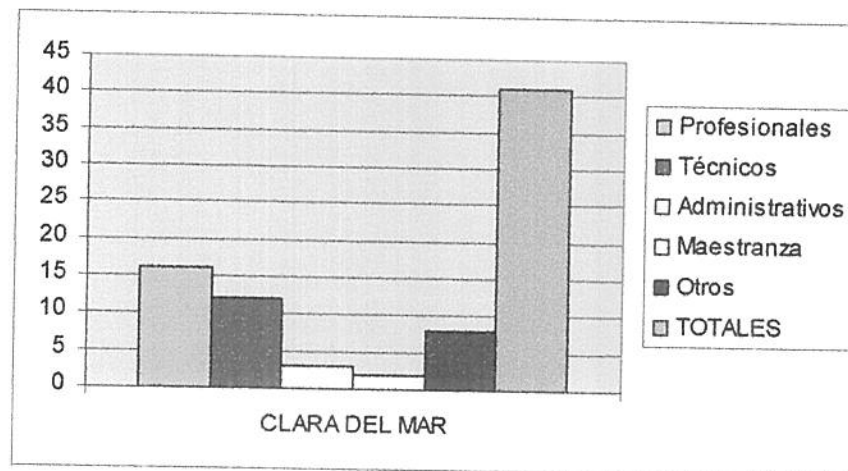
Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Tabla 7. Distribución de Cargos en KREIA



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Tabla 8. Distribución de Cargos en CLARA DEL MAR



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Sobre la distribución de cargos, detectamos especificidades en cada institución relevada. CAPSA presenta una distribución de su personal en tres cargos: profesionales (4); Técnicos (5); Administrativos (2). KREIA cuenta con cinco cargos: profesionales (57) Técnicos (2); administrativos (2) maestranza (1); un profesor de teatro y un ingeniero en sistemas (2) representados en los cuadros bajo la categoría "otros". Finalmente, CLARA DEL MAR dispone de la siguiente distribución de cargos: profesionales (8); técnicos (12); administrativos (3); maestranza (2), y una serie de colaboradores y operadores (8) representados en los cuadros bajo la categoría "otros".

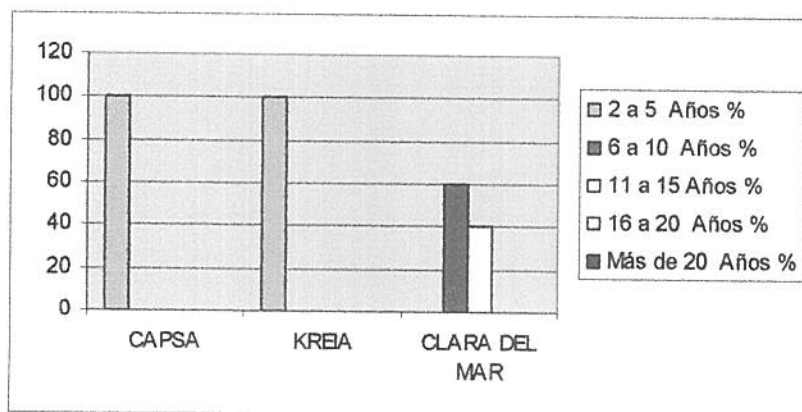
Como puede observarse, la distribución de cargos difiere en cada institución, tanto en cantidad, como en presencia o ausencia de cargos. Lo que resulta evidente, más allá de la especialidad asistencial de cada institución, es la necesaria presencia de más de dos cargos para el

sostenimiento de un tratamiento o servicio para el autismo, lo cual podría reflejar lo inadecuado de los tratamientos individuales, independientemente de la disciplina en cuestión. Tales diferencias podrían ser distintas dada las diferencias materiales, multidisciplinarias y asistenciales de cada establecimiento, reflejadas en el análisis de cada una de las variables y dimensiones establecidas en la presente investigación.

4. Antigüedad

	2 a 5 Años %	6 a 10 Años %	11 a 15 Años %	16 a 20 Años %	Más de 20 Años %
CAPSA	100				
KREIA	100				
CLARA DEL MAR		60	40		

Tabla 9. Distribución de Cargos



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Sobre la antigüedad del personal, vemos que tanto en CAPSA como en KREIA la antigüedad se encuentra entre los 2 y los 5 años, en tanto que en CLARA DEL MAR el personal posee una antigüedad de 6 a 15 años. Observamos que las instituciones asistenciales del trastorno autista son establecimientos recientes, de corta historia, (los dos centros no superan los 5 años de existencia), en tanto que solo la clínica neuropsiquiátrica tiene una historia de 15 años. Creemos que en la consolidación de un equipo de trabajo interdisciplinario se codeterminan una multiplicidad de factores de variada índole (materiales, grupales, técnicos, éticos, etc.), y donde el factor *tiempo* podría resultar, también, un factor de significativa importancia. Así, podría suponerse que algunas de las problemáticas de los equipos profesionales (formación específica en el abordaje técnico del trastorno; debilidades en la sistematización del trabajo diagnóstico – terapéutico, etc.), más las debilidades mismas del sistema interinstitucional en su conjunto (derivaciones, articulaciones, asesoramientos técnicos, programas de formación abiertas), resultarían ser consecuencia del corto tiempo de existencia de los establecimientos y de la antigüedad de su personal.

5. Modalidad de Contratación

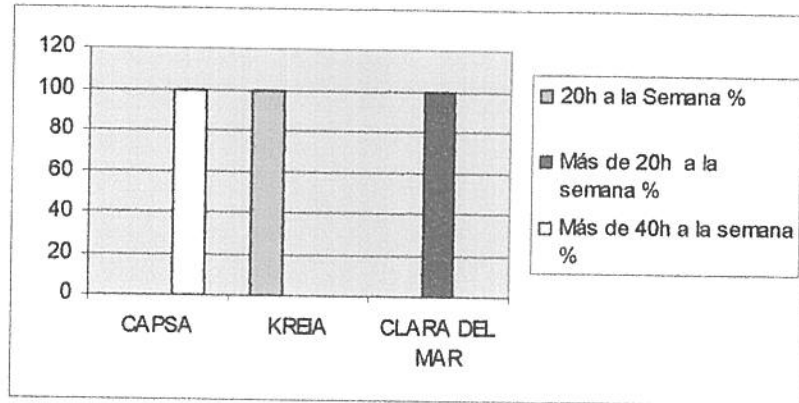
Sobre la modalidad de contratación del personal observamos que en las tres instituciones, los profesionales fueron contratados mediante procesos de selección de personal. Y en particular, solo KREIA realizó concursos. Podría considerarse que la preponderancia de procesos de selección de personal por sobre otras modalidades de búsqueda y

contratación de profesionales surge de las características mismas de la técnica empleada: Mejoramiento del potencial y las capacidades del equipo de trabajo mediante la selección sistemática de los más idóneos candidatos al puesto; Mejores inversiones y esfuerzos de capacitación por la mayor facilidad para aprender las tareas propias del puesto; Mayor rapidez del nuevo profesional para ajustarse a sus responsabilidades e integrarse al equipo. En el caso particular de una institución, resulta interesante destacar que los procesos de selección de personal que implementa son paralelos a las jornadas de capacitación que brinda al público interesado en formarse en autismo (graduados o estudiantes).

6. Carga Horaria

	20h a la Semana %	Más de 20h a la semana %	Más de 40h a la semana %
CAPSA			100
KREIA	100		
CLARA DEL MAR		100	

Tabla 10. Carga Horaria



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Sobre la carga horaria del personal, vemos que el trabajo profesional en CAPSA se encuentra por encima de las 40 horas semanales, en KREIA dentro de las 20 horas por semana y en CLARA DEL MAR un tiempo de trabajo superior a las 20 horas por semana. Como ya fue expuesto, cada institución oferta un tratamiento o servicio distinto para el abordaje del autismo, concordante con la gravedad de los casos que asisten y con su matrícula de pacientes autistas. Tales diferencias pueden relacionarse, en parte, con las diferentes cargas horarias con las que trabajan los profesionales en cada institución. Por ser CAPSA, un centro asistencial especializado en el abordaje del autismo con manifestaciones semiológicas severas y con una matrícula de aproximadamente 20 casos, el tratamiento necesario para posibilitar una atenuación de la sintomatología y el restablecimiento comportamental de la persona autista debe ser continuo, intenso y frecuente (alcanzando, para algunos casos, las 8 horas de trabajo diario con un mismo caso). En KREIA, en cambio, los tratamientos ofertados están dirigidos a un menor número de casos de autismo sin sintomatología severa. Son pacientes ambulatorios, con crisis ocasionales, poco frecuentes.

Así, el trabajo del profesional puede realizarse con una carga horaria aproximada de 20 horas por semana. Finalmente, CLARA DEL MAR posee un servicio de internación permanente, para toda clase de enfermedades psiquiátricas, entre ellas el autismo. El abordaje profesional de toda la matrícula, a cargo de todo el equipo profesional de la institución, requiere de un tiempo de trabajo superior a las 20 horas por semana.

7. Condición Laboral

Sobre la condición laboral de los profesionales, vemos que en CAPSA algunos establecen honorarios particulares, en tanto que otros trabajan de modo Ad Honorem. En KREIA todos los profesionales trabajan mediante honorarios particulares, sin ninguna otra condición de contratación laboral. En tanto que en CLARA DEL MAR se encuentra personal trabajando con honorarios particulares y con pasantías de formación profesional (mediante el establecimiento de convenios con instituciones educativas). Como puede observarse, las diferencias en las condiciones laborales establecidas por cada institución varían entre sí. Todas ellas presentan horarios particulares como retribución del trabajo de los profesionales; a su vez, en ninguna institución se encuentran profesionales trabajando en relación de dependencia. Podría considerarse que la existencia de pasantías y sobre todo de concurrencias Ad Honorem responde a la especificidad del abordaje del trastorno, en donde los estudiantes y/o profesionales interesados en formarse en su terapéutica necesariamente deban hacerlo en el interior de instituciones especializadas, dada la particularidad del trabajo requerido.

8. Ingreso

Respecto del ingreso de los profesionales, en ninguna de las instituciones se pudo definir un valor promedio representativo de la tarea profesional.

9. Nivel de Especialización

Respecto del nivel especialización en el tratamiento del autismo del personal, vemos que en CAPSA todo el equipo se encuentra especializado en el abordaje del trastorno. En KREIA, del total del personal, solo se especializan en el abordaje del autismo los profesionales del área de TGD. En tanto que en CLARA DEL MAR, no se encuentra personal especializado en el trastorno autista. La complejidad misma implica que un equipo interdisciplinario que aborde el trastorno con fines terapéuticos, debe estar necesariamente especializado en autismo. En este sentido, detectamos que el personal de las dos instituciones que suministran el tratamiento tiene especialización afin de poder concretarlo. En el caso de la clínica neuropsiquiátrica, podría considerarse que en tanto solo ofertan un servicio de internación, y la posibilidad de concretar una articulación interinstitucional para que los pacientes diagnosticados con autismo puedan concurrir durante el día a los centros asistenciales, no consideran necesario que su personal se especialice en el abordaje terapéutico del trastorno.

10. Jornadas de Capacitación Institucional

Respecto de jornadas de capacitación institucional vemos que tanto

en CAPSA como en KREIA se realizan jornadas periódicamente, no así en CLARA DEL MAR. Nuevamente, la especificidad de las instituciones condice con las características del estado de la dimensión analizada. Los dos centros asistenciales brindan jornadas de capacitación continua, si bien con características y modalidades distintas (docente a cargo, duración, frecuencia, especificidad disciplinar, invitación de docentes internacionales, apertura al público en general, etc.); en tanto que la clínica neuropsiquiátrica no brinda ninguna jornada de capacitación.

11. Actualización de Capacitación

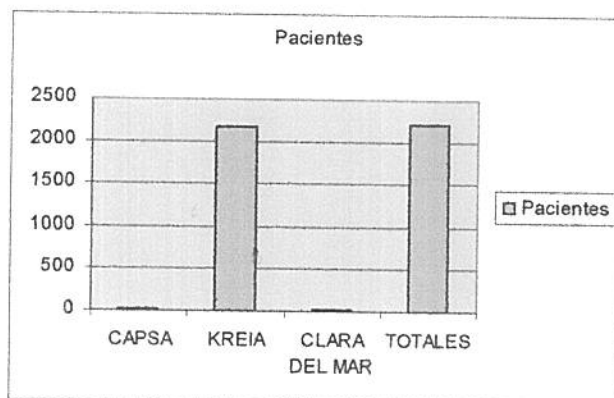
Sobre la actualización de capacitación del personal, detectamos que todas las direcciones exigen al personal una actualización constante, tanto del abordaje del autismo como en todas las enfermedades que abordan los establecimientos en donde trabajan. Si bien, en la similitud respecto de este estado de la dimensión analizada, entendemos que subyacen diferencias sustantivas, dado que solo dos instituciones posibilitan que la actualización de capacitación pueda concretarse en el interior mismo de la institución, a partir de las jornadas de capacitación que organizan (ver punto 10), en cambio la institución restante supone que la actualización y capacitación debe realizarse a partir de los recursos propios de su personal.

Eje 3: Pacientes

1. Número

	Número de Pacientes
CAPSA	20
KREIA	2170
CLARA DEL MAR	16
TOTALES	2206

Tabla 11. Número de pacientes



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

Sobre el número de la matrícula de pacientes de cada institución vemos que CAPSA presenta una matrícula de 20 pacientes, similar cantidad en CLARA DEL MAR, en donde es de 16 personas. En cambio, significativamente distinto es el caso de KREIA, en donde la matrícula llega a 2170 pacientes. Las evidentes diferencias entre las instituciones respecto de la dimensión de la variable analizada podrían responder a la especificidad de su matrícula, así como a las características de los tratamientos y servicios que ofertan. Por ser CAPSA un centro especializado

en el abordaje psicoterapéutico del trastorno autista en casos severos, y CLARA DEL MAR una clínica neuropsiquiátrica de internación permanente para casos psiquiátricos graves, su número de pacientes resulta significativamente menor del número de pacientes de KREIA, siendo esta un centro asistencial de pacientes ambulatorios con múltiples y variadas patologías mentales (ver punto 7), sin servicio de internación y sin contar en su matrícula pacientes autistas con trastornos cognitivo - conductuales graves. En cada uno de los establecimientos, la proporción de pacientes autistas respecto del total de la matrícula varía significativamente (ver punto 6).

2. Distribución Etárea

Respecto de la edad de la matrícula, observamos que tanto CAPSA como KREIA tratan a pacientes infantes, púberes y adultos. En cambio CLARA DEL MAR, si bien presenta en su matrícula pacientes de todos estos grupos etáreos, también cuenta con pacientes gerontes. Como ya fue expuesto, según el DSM IV (1994), el diagnóstico de autismo debe ser realizado antes de los 3 años de edad. Su establecimiento resulta de suma importancia, tanto por las potencialidades terapéuticas que el diagnóstico precoz permite, como por la posibilidad de diferenciar su manifestación semiológica de otros trastornos similares, las cuales, pasada cierta edad, tienden a solaparse. Como lo plantea Wing (1998) disponer de un diagnóstico detallado y preciso tan pronto como sea posible es el primer paso para padres y profesionales, ya que les permite buscar información y

ayuda y les da acceso a los servicios existentes. Entonces, resultaría posible que algunas personas, en la actualidad adultas o mayores, que hayan padecido el trastorno en su primera infancia y no hayan sido diagnosticadas debidamente, puedan encontrarse internadas en clínicas neuropsiquiátricas del servicio público o privado bajo otra rotulación nosológica (tales como esquizofrenia o retraso mental severo). Ello explicaría, en parte, la ausencia de pacientes gerontes autistas en las dos instituciones relevadas que ofertan tratamientos psicológicos al síndrome en la ciudad.

3. Nivel Educativo y Actividad Laboral de los Padres de los Pacientes

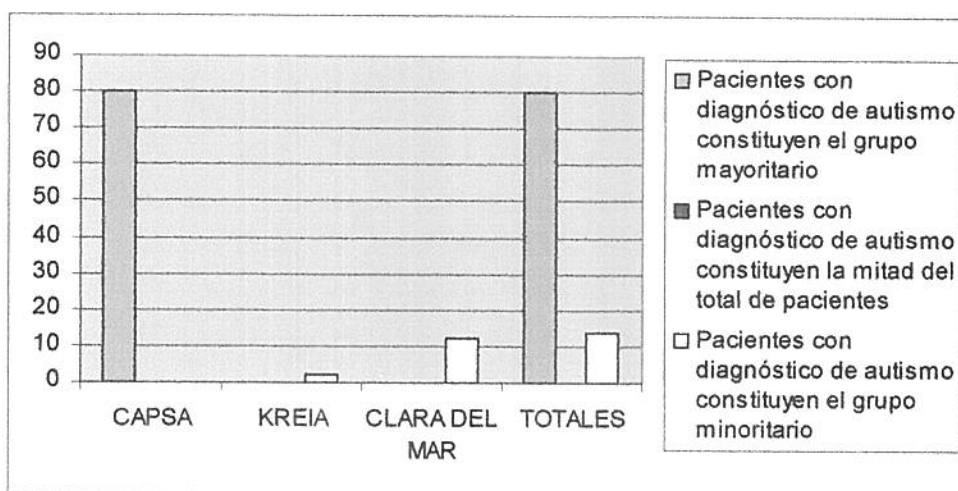
Respecto del nivel educativo y la actividad laboral, vemos que en CAPSA los padres poseen distintos niveles educativos: primario incompleto y completo, secundario incompleto y completo, y en algunos casos inclusive nivel universitario; consecuentemente las actividades laborales que realizan varían en cada caso: peones, obreros, empleados, amas de casa y profesionales. En cambio, en KREIA el nivel educativo resultó ser el secundario completo y el universitario; entre sus actividades laborales encontramos: profesionales, empleados, obreros y amas de casa. Finalmente, en CLARA DEL MAR el nivel educativo se agrupa en el nivel primario incompleto y secundario incompleto, y la condición laboral se distribuye entre: empleados, obreros y amas de casa. Podría establecerse asociaciones interesantes si consideramos los datos anteriormente expuestos con las condiciones sociales de ingreso que plantea cada institución. Sabemos que solo dos de ellas trabaja con obras sociales, de

modo que contarán dentro de su matrícula con familias de distintos estratos sociales, desde sectores medios bajos hasta sectores medios – altos (dada la diversidad y calidad de la cobertura del conjunto de obras sociales en nuestro país). En cambio, en una de las instituciones presumimos que la condición social de los padres es probablemente solo de nivel medio, medio – alto, dado que no trabajan con obras sociales, sino con coberturas de empresas de salud o tratamientos particulares. En lo concerniente específicamente al tratamiento del autismo en la ciudad de Mar del Plata, cabría destacar que al no existir ninguna institución pública que brinde un servicio o tratamiento (diagnóstico – asistencial) para el abordaje de la enfermedad, un porcentaje amplio de la población (estratos sociales bajos) quedaría impedido de obtener alguna asistencia diagnóstica – terapéutica, o un servicio de internación, para el tratamiento del autismo. Como lo plantea Galende (1997) en el campo de la salud mental el proceso de privatización modificó los criterios de cobertura en el sector privado, haciéndola más restrictiva y discrecional, conjuntamente con el empobrecimiento del sector público que ha modificado los valores y criterios de atención, reduciéndola solo a una atención directa para enfermedades médicas clásicas. No obstante, como fue debidamente informado por una de los profesionales de las instituciones relevadas, en algunos casos las familias que no pudieron costear dicho tratamiento, se les recomendó ingresar al régimen del monotributo, para que de este modo, realizando el aporte de la categoría laboral más baja, pudieran obtener la cobertura médica de una obra social.

3. Porcentaje de Autismo en Relación a la Matrícula Institucional

	Pacientes con diagnóstico de autismo constituyen el grupo mayoritario %	Pacientes con diagnóstico de autismo constituyen la mitad del total de pacientes	Pacientes con diagnóstico de autismo constituyen el grupo minoritario %
CAPSA	80		
KREIA			1
CLARA DEL MAR			12.5
TOTALES	80		13.5

Tabla 12. Porcentaje de Autismo en Relación a la Matrícula Institucional.



Fuente: Datos obtenidos en base a elaboración propia

En dos de las instituciones (KREIA y CLARA DEL MAR), las personas con diagnóstico de autismo constituyen el grupo minoritario, en relación a la totalidad de la matrícula de pacientes. En cambio, en CAPSA constituyen el



grupo mayoritario. Si consideramos las características de los pacientes que asisten a cada uno de los establecimientos, obtenemos algunas apreciaciones interesantes. Como ya fue expuesto, solo una (clínica neuropsiquiátrica) oferta un servicio de internación. Los pacientes autistas que se encuentran internados (todos ellos casos severos), conviven con personas que han sido diagnósticas con diferentes padecimientos mentales (v. g. esquizofrenia, depresión, adicción a sustancias, etc.); no encontrándose el equipo profesional capacitado específicamente en el tratamiento del autismo, lo cual promueve la derivación de sus pacientes autistas, durante el día, a otras instituciones especializadas. En cambio, el restante de los establecimientos sí se especializan en la terapéutica del trastorno, pero atendiendo a pacientes en donde la enfermedad se expresa de modo diferente respecto de la gravedad de sus síntomas. En la institución en donde el grupo de autistas constituye el grupo minoritario solo se asisten a personas autistas leves (diagnosticadas como autistas, como trastorno diferenciado del conjunto TGD, pero sin padecer crisis comportamentales). En cambio, en la institución en donde el grupo de autistas constituye el grupo mayoritario, la mayoría de la matrícula presenta (o presentó) crisis graves, el tratamiento resulta intensivo y el equipo técnico – profesional se encuentra capacitado para realizar un abordaje consecuente con la gravedad del trastorno (si bien, en comparación con el resto, cuenta con un establecimiento pequeño, sin posibilidad de internación). Se observa así una distribución racional de la matrícula de pacientes en la ciudad, atendiendo a la gravedad con que se presenta el trastorno en las personas que lo

padecen y las posibilidades de servicios y asistencia terapéutica de cada establecimiento.

5. Otras Patología y Trastornos

Cada una de las instituciones presenta características específicas respecto de las personas diagnósticas con otros padecimientos mentales no autistas, constituyentes de su matrícula de pacientes. En CAPSA se asisten a todos los síndromes asociados a las dificultades comportamentales y cognitivas, sobre todo los incluidos dentro del amplio conjunto de los trastornos generalizados de desarrollo (trastorno de Rett; trastorno de Asperger; trastorno generalizado del desarrollo no especificado, etc.). En KREIA la asistencia terapéutica se realiza en todas las patologías relacionadas con trastornos del desarrollo, de la conducta, del aprendizaje, trastornos genéticos, neurológicos, psiquiátricos, familiares, vinculares. Si bien, toda su matrícula es de pacientes ambulatorios (no asistiendo a pacientes severos). Finalmente, CLARA DEL MAR, como clínica neuropsiquiátrica, posibilita la internación, y en algunos casos asistencia, de un amplio conjunto de patologías: psicosis (agudas y crónicas), depresión, demencias, retraso mental, adicciones (sobre todo al alcohol), trastornos de la ansiedad, etc.; en donde las posibilidades de tratamiento psicológico varían en cada caso, y las causas de internación, en algunos pacientes, remiten a situaciones judicializadas (inimputables).

6. Procedencia de Derivación

En cuanto a la procedencia de la derivación para la iniciación del tratamiento de una persona autista, vemos que CAPSA presenta derivaciones de servicios privados, servicios públicos, obras sociales y de profesionales particulares. Las derivaciones en KREIA surgen de servicios privados, públicos y profesionales particulares. Y CLARA DEL MAR recibe derivaciones solo de obras sociales y servicios públicos. Como puede señalarse, las fuentes de derivación son múltiples en todos los casos, siendo coincidente para todas las instituciones relevadas la existencia de derivaciones del servicio público. Tal situación respondería, como lo evidencia la presente investigación, al hecho de que en la actualidad no se encuentra ninguna posibilidad de tratamiento (ni evaluación diagnóstica, inclusive) por parte de entidades públicas, sean municipales o provinciales. Más aun, tal proceso de desplazamiento directo de la órbita pública a la órbita privada, para el tratamiento del trastorno autista, operaría como una desvinculación por completo de la entidades publicas, y no de una derivación propiamente dicha, ya que en todos los casos, recae sobre los recursos económicos, simbólicos y sociales de las familias de las personas con autismo la posibilidad de iniciación de una evaluación y posterior tratamiento de la enfermedad.

7. Causas de Deserción

Los directores mencionaron distintas causas en la deserción de su matrícula. CAPSA señaló como causa de deserción al factor económico y la

problemática de la aprobación y cobertura del tratamiento por parte de las obras sociales. KREIA a las familias disfuncionales y a la falta de cobertura de las obras sociales. CLARA DEL MAR explicó que en su establecimiento no hay deserción en la internación. Como puede observarse, entre las causas de deserción se encuentran implicados múltiples factores, entrelazados y co-determinantes. Uno de ellos serían las condiciones socioeconómicas de la familia de los pacientes, en tanto que los recursos económicos, sociales y simbólicos de un grupo familiar posibilitan o impiden acceder y sostener un tratamiento o servicio. Por otra parte, la cobertura por parte de las obras sociales podría ser otro factor determinante de deserción. Como plantea Galende (1997) la crisis del financiamiento de las obras sociales, generada a partir de los cambios sustantivos en las últimas décadas, ha debilitado las posibilidades de una verdadera cobertura para sus afiliados, sobre todo en tratamientos vinculados con el campo de la salud mental. En el caso particular del autismo, la necesidad permanente de un tratamiento, su intensidad, frecuencia, y su necesario abordaje interdisciplinario, implica elevadas retribuciones económicas que muchas obras sociales se niegan a cubrir (entrando así en incumplimientos legales). Finalmente, un factor más podrían ser las características propias de los tratamientos y servicios ofertados, dado que, como hemos manifestado, las diferencias entre los establecimientos (respecto del marco teórico, de los recursos materiales y humanos, la características de la matrícula, etc.) son evidentes. Sobre esto último, resulta interesante observar que la única institución que no ofrece un tratamiento psicológico, pero sí un servicio de

internación, afirma una ausencia total de deserción en su matrícula, presentando en cambio, según sus propias palabras, una "*sobreprestación*", donde pacientes y familiares "*no desean irse*". Hecho que podría deberse a las características diagnósticas de su matrícula.

Análisis de datos – La voz de de los Psicólogos

▪ *Eje Uno: Concepción del Autismo*

Respecto de la definición del autismo, tanto los profesionales de CAPSA y KREIA conciben al autismo según la propuesta diagnóstica del DSM IV, entendiéndolo como un trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por alteraciones en las áreas: interacción social, comunicación y lenguaje y comportamiento e intereses. La profesional de KREIA dirá, *“El autismo es un trastorno neurobiológico del desarrollo. Posee una base poligénica. No es una enfermedad, ya que desconocemos sus causas, sino más bien es un Síndrome. No obstante, esta confusión persiste en general, sobre todo por la permanencia de las erradas concepciones psicoanalíticas, que la conciben como una psicopatología de etiología vincular”*. En tanto el de CAPSA entiende que, *“Se encuentran casos, dentro del variado espectro autista, en donde las tres áreas antes mencionadas están más comprometidas, y otros en donde se presentan las capacidades cognitivas y lingüísticas no tan afectadas, pero con limitaciones en la capacidad de restablecer una adecuada reciprocidad social”*. En cambio, desde un marco psicoanalítico, los psicólogos de CLARA DEL MAR lo piensan como una estructura psicótica. Sin embargo, mencionan que existe un debate actual en el psicoanálisis sobre como concebir al autismo, sintetizado en la pregunta *¿Está dentro de una estructura o se trata de una a - estructura?* En el segundo caso, se pensaría que el autista no ha llegado a acceder al orden

simbólico. Así, dirán “En este sentido, que en la terapéutica, se plantea, de modo alegórico, pasar del “niño bestia” al “niño loco”. Pero, la singularidad del caso a caso imposibilita establecer una definición general válida”.

Hay consenso entre todos en que no se trata de una **enfermedad invisibilizada a nivel social y profesional**, argumentando que resulta una enfermedad conocida, que existen instituciones especializadas en su abordaje y que su presencia se evidencia incluso en los medios de comunicación masiva. No obstante, los psicólogos de KREIA y CAPSA afirman que **la percepción social del autismo** da cuenta de que existe sobre él una comprensión errada, de linaje psicoanalítico, a partir del cual se la concibe como una enfermedad de origen vincular o asociándola en forma errónea con otras patologías mentales severas como la esquizofrenia y la psicosis infantil. Justamente por trabajar desde un marco teórico psicoanalítico, los de CLARA DEL MAR no comparten esta apreciación.

- ***Eje Dos: Tratamiento Psicológico del Autismo en la Institución***

Acerca de los tratamientos psicológicos para el trastorno autista que brindan las instituciones relevadas tanto, Capsa como Kreia ofrecen tratamientos psicológicos cognitivo conductuales, dentro de un tratamiento integral interdisciplinario. En cambio, Clara del Mar no oferta un tratamiento psicológico propiamente dicho, sino un servicio de internación para pacientes con diagnóstico de autismo que ingresan en un estado de exaltación psico motriz, en donde el tratamiento asistencial es

preponderantemente psicofarmacológico, para luego derivarlo a otras instituciones especializadas. En lo específico del tratamiento psicológico para (CAPSA), *El tratamiento para este síndrome se basa en una modalidad de intervención terapéutica fundamentada en la teoría **cognitivo-conductual** (...). Se trabaja en dos etapas: los “aspectos conductuales” desde el “análisis conductual aplicado” (metodología A.B.A), focalizándose en las dificultades del comportamiento (rabietas, berrinches, etc.); y en una segunda etapa, relacionada con los “aspectos cognitivos” se busca mejorar la habilidades atencionales en general, tanto en los aspectos académicos como en los sociales”.*

En relación a los objetivos del tratamiento, encontramos similitudes entre los objetivos expuestos por los psicólogos de CAPSA Y KREIA. Explican que, *“Mejorar la calidad de vida del niño y su familia. Claro que, dependiendo del grado del síndrome y el grupo etéreo, se establecen objetivos específicos, personalizando cada tratamiento. Los objetivos son variados, dada la amplitud del síndrome”.* Entre los objetivos del tratamiento se encuentran: *“ofrecer al niño, joven o adulto con discapacidad en autismo y espectro autista la oportunidad de obtener un mejor desempeño y una mayor autonomía en su vida cotidiana, alcanzando el máximo potencial del desarrollo de sus capacidades y habilidades. Se debe brindar una adecuada contención y orientación a la familia, ofreciéndole la posibilidad de acompañar la evolución del tratamiento de su hijo”.* En cambio, los psicólogo de CLARA DEL MAR argumentaron que dado que su institución no propone

un tratamiento psicológico específicamente para el trastorno autista, sino un servicio clínico médico, no resultaría válido especificar objetivos del tratamiento psicológico, *“Dado que no ofrecemos un tratamiento en sentido estricto, no poseemos objetivos a cumplir desde un tratamiento psicológico. Este es un lugar de internación en donde se ofrece una asistencia clínica médica afín de restablecer el estado ante una crisis desde una intervención psicofarmacológica. Luego de restablecido su estado, se planifican actividades recreativas, físicas y sociales, conjuntamente con el obrar del equipo de la clínica, en donde el acompañante terapéutico posee un rol fundamental, ya que es quien puede generar un vínculo con el paciente autista”*.

En cuanto a las consideraciones sobre la subjetividad del paciente en el tratamiento, no se observan diferencias significativas entre las repuestas, considerando que todos ellos asociaron el término subjetividad como equivalente de singularidad de la persona diagnosticada con autismo. Argumentan que: *“Si, lo entendemos como las características personales del paciente, es de suma importancia, desde la singularidad de cada paciente se personaliza el tratamiento”*; o, *“Desde una mirada más actualizada con relación al autismo, no se logra desarrollar normalmente en ellos las capacidades mentales básicas. Pero al trabajar en estos y otros aspectos, siempre son considerados y respetados como personas más allá de su patología”*; y finalmente, los licenciados de CLARA DEL MAR,

argumentaron que: *“En el reconocimiento de la subjetividad del paciente se evidencia el respecto de la singularidad de cada caso”*.

Respecto de las técnicas psicológicas empleadas para el diagnóstico y el tratamiento del autismo, tanto KREIA como CAPSA utilizan técnicas estandarizadas de orientación cognitivo conductual. *“En KREIA utilizamos las siguientes: CHAT (es una prueba de rastrillage); el ADOS y el ADIR (esta es, una entrevista a padres). No obstante, el diagnóstico es clínico, es decir, basado en la observación realizada por el profesional con experiencia (el psicóloga junto con al psiquiatra)”*. *“En CAPSA empleamos el IDEA; el ADOS; Entrevistas (ADIR, CARRS, VINELAND, CHAT). Para el tratamiento del autismo se implementan todas aquellas técnicas avaladas por la modalidad cognitivo conductual”*. Y los de CLARA DEL MAR, en cambio, explicaron que *“no usamos técnicas para el diagnóstico ni el tratamiento del autismo”*.

Ante la administración de psicofármacos, se puede observar coincidencia en sus posturas. Todo ellos avalan la utilización de psicofármacos para lograr un abordaje integral en el tratamiento del síndrome, con la advertencia explícita de no reducirlo solo a una intervención química: *“Se medica para hacer un tratamiento, no para reducirlo solo a un fármaco o para mantener sedado al paciente”*; *“Avalo su prescripción, sobre todo en aquellos casos que lo validen los estudios neurológicos”*; *“No creemos que haya un autista que no este medicado”*.

Igual similitud encontramos en la **relación entre el diagnóstico precoz del autismo y su tratamiento**, calificando la relación como *“fundamental”; “de suma importancia, dado que determina las posibilidades del tratamiento”; y “muy importante ya que permite plasticidad cerebral que favorece la adquisición de “habilidades alternativas” en la autonomía y funcionalidad del niño”*.

En cambio, sobre **los métodos de evaluación de los resultados del tratamiento** afloran algunas diferencias. En KREIA, la evaluación del proceso del tratamiento de las personas con autismo es cuantitativa y cualitativa, sumada a la realización de informes periódicos que realiza cada profesional de cada disciplina, presentados y discutidos por caso en la reunión del equipo del área de TGD. En CAPSA, la evaluación es permanente y constante, desde lo observable y lo funcional, sumada a la reimplementación, a modo de retest, de las evaluaciones implementadas inicialmente. Finalmente, los de CLARA DEL MAR explican que no poseen técnicas de evaluación, dado que no ofrecen un tratamiento psicológico en sentido estricto.

En referencia a la participación de la familia en el tratamiento del paciente con autismo, se puede observar una similitud en la postura de los psicólogos de CAPSA y KREIA. La profesional de KREIA afirmó durante la entrevista que en el tratamiento, *“La familia actúa como co – terapeutas. Los tratamientos se realizan con una pata en el consultorio y otra en el domicilio del paciente. Con la familia se consensúan objetivos, se los entrena en habilidades terapéuticas, y se realizan devoluciones de la evolución del*

tratamiento. Resulta necesario educar a los padres sobre el síndrome. Ningún padre está preparado para tratar con el síndrome desde sus inicios Incluso, en la institución funciona un grupo para padres (de orientación dinámica)”; en un mismo sentido, CAPSA sostiene que la participación de la familia en el tratamiento “es parte fundamental del mismo y conforman, junto con nosotros, un equipo de trabajo”. En cambio, los psicólogos de CLARA DEL MAR consideran que, “Ante todo, tendríamos que definir “participación”. Algunas familias si, otras no. Es difícil, cuando no imposible, establecer una respuesta válida para esta pregunta”.

Similares relaciones pueden establecerse sobre las consideraciones que hacen del **compromiso general de las familias durante el tratamiento**. La de KREIA considera que, “*El compromiso es alto, si las familias se involucran en el tratamiento*”. El profesional de CAPSA entiende que, “*Si bien no se puede generalizar, se observa en líneas generales que depende de la severidad del caso*”. Y por otra parte, los de CLARA DEL MAR responden que, “*No se puede generalizar, ya que el compromiso depende de cada dinámica familiar en particular. No hemos podido registrar ninguna tendencia significativa*”.

Respecto del nivel de deserción, todos explicaron que en su institución de pertenencia la deserción de los casos de autismo es prácticamente nula, “*En general, es muy baja la deserción. Los que desertan lo hacen porque encuentran otro tipo de tratamiento*”; “*Es casi nulo teniendo en cuenta el factor económico; pero por otra parte las mejoras de*

los niños, y por sobre todo, el que los padres logren implementar las estrategias adecuadas en su hogar, lleva a que el nivel de deserción sea muy bajo”.

Sobre la articulación con otras instituciones a las que concurre el paciente, todos afirman que resulta sumamente importante establecer contactos inter institucionales constantes, promoviendo un trabajo articulado entre los distintos establecimientos en los que participa el paciente diagnosticado con autismo. Una de ellas afirma que, *“La articulación entre instituciones es lo preferible. Se articula con jardines, escuelas comunes y especiales, con A. T. y si el paciente las realiza, con los profesionales de las actividades deportivas o artísticas que hagan”.* En un mismo sentido, en CAPSA, *“Los contactos con otras instituciones se dan a través de las derivaciones de los casos, ya que somos el único centro en Mar del Plata y en la jurisdicción de la Zona Sanitaria Octava especializada en el diagnóstico, evaluación y tratamiento del autismo. Así mismo, mantenemos relaciones institucionales con otros centros en el país y fuera de él dedicados al autismo. Es importante destacar que, en la actualidad, nuestro centro también mantiene contacto y colabora con asociaciones de padres que se encuentran luchando para la promulgación de la ley de autismo y TGD en nuestro país”.* Por último, los profesionales de Clara del Mar afirman que *“la articulación inter institucional es siempre deseable, nosotros como equipo la promovemos siempre que las condiciones así lo permiten”.*

En cuanto a la relación laboral del psicólogo con la institución, todos la evalúan de modo positivo. Sin embargo, más allá de una apreciación valorativa, resulta evidente que se trata de relaciones laborales diferentes. En KREIA, refieren a una relación autónoma respecto del establecimiento, con determinación libre de horarios y honorarios. En CLARA DEL MAR, afirman que si bien la relación laboral es muy buena, la institución tiene una fuerte impregnación del modelo médico, que por momento dificulta el trabajo específico de la disciplina. Y en CAPSA el psicólogo resulta a la vez ser el director de la institución.

Por otra parte, se observa en la relación laboral de los profesionales, distintas condiciones en cuanto a los *aranceles que perciben como psicólogo*. En KREIA, la psicóloga establece un honorario particular de \$80 por sesión. Los de CLARA DEL MAR fijan un valor por hora de trabajo de \$32, y en CAPSA, los honorarios se consensúan de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de Salud de la Nación para prestaciones básicas de atención a las personas con discapacidad, siendo el mínimo estipulado hasta la fecha para los prestadores de apoyo de \$57.55, valor que entró en vigencia desde el mes de septiembre del 2008.

- ***Eje Tres: Equipo de Trabajo Interdisciplinario***

Todos coinciden que el tratamiento del autismo debe ser un **tratamiento interdisciplinario**. Entienden que su abordaje no solo resulta preferible sino indispensable para tratar terapéuticamente el trastorno

autista. La licenciada Tolosa explica: *“Si, absolutamente, el abordaje debe ser interdisciplinario. Lo contrario es imposible. El trabajo aislado, de psicólogos que lo hacen solo desde su consultorio particular, resulta iatrogénico. En este sentido, falta responsabilidad por parte del Colegio de Psicólogos para evaluar la formación con la que egresan los profesionales en relación al síndrome y la realización de tratamientos basado en conocimientos y experiencias necesarios”*; uno de ellos dice: *“Si, no solo es necesario sino que es indispensable, ya que por las características de la patología debe ser abordado en forma conjunta por distintas disciplinas especializadas en la temática”*; en tanto que los de CLARA DEL MAR afirmaron que, *“Si, si no resulta un tratamiento interdisciplinario, es imposible realizar un tratamiento para el autismo”*.

En relación a si el posicionamiento escolástico del psicólogo influye en el trabajo de equipo, encontramos algunas diferencias significativas e interesantes para reflexionar. La licenciada de KREIA entiende que el posicionamiento escolástico influye en el trabajo de un equipo interdisciplinario si resulta un posicionamiento teórico cerrado, que imposibilite la comunicación con el equipo de trabajo, sobre todo si cae en explicaciones reduccionistas, o no reconoce que todas las disciplinas son necesarias para el abordaje del autismo. En cambio, el licenciado de CAPSA explica que no influye tal relación dado que todos los integrantes están formados y preparados desde el mismo marco teórico (la teoría cognitivo conductual). Y los de CLARA DEL MAR sostienen que según su entender el

posicionamiento escolástico siempre influye en un equipo de trabajo, sin que esto implique que lo haga de modo negativo.

En referencia a la composición del equipo de trabajo en el tratamiento del autismo, en las respuestas de todos se manifiesta que los equipos interdisciplinarios que trabajan en las instituciones relevadas poseen especificidad propia desde su misma composición multi disciplinaria. En KREIA, *“El equipo base lo conforman un: neuropediatría, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y fonoaudiología. Contamos con un trabajo complementario del musicoterapeuta, de estimuladores visuales y un especialista en pisco motricidad”*. En CAPSA, el equipo, *“Está compuesto por las siguientes áreas: fonoaudiología, terapia ocupacional, educación física, nutrición, académica cognitiva, orientación a padres y el de acompañamiento terapéutico”*. Finalmente, en CLARA DEL MAR, *“el equipo lo componen tres psicólogos, tres psiquiatras, dos terapeutas ocupacionales, dos profesores de educación física, dos acompañantes terapéuticos, un psicólogo que realiza actividades artísticas, un musicoterapeuta, un equipo de radio, un medico clínico y dos asistentes sociales”*. Así mismo, todos afirmaron no considerar necesario que se realice la **incorporación de un profesional más en el equipo de la institución**.

Respecto de la dirección del tratamiento interdisciplinario, a partir de la información aportada podemos afirmar que tanto KREIA como CLARA DEL MAR poseen como director a un profesional médico psiquiátrico. En

cambio, en CAPSA el director es el profesional psicólogo. En todos los casos, los entrevistados sostienen que la dirección resulta ser **la autoridad del tratamiento interdisciplinario**, si bien con modalidades de dirección distintas.

Sobre la frecuencia de las reuniones de equipo de trabajo, encontramos similitudes entre KREIA y CLARA DEL MAR, dado que los equipos de ambas instituciones se reúnen con una frecuencia semanal. No es así en CAPSA, en donde las reuniones se realizan con una frecuencia mensual, existiendo excepciones que se dan a partir de la demanda de la dinámica institucional.

En referencia a si el psicólogo trabaja con un profesional más que con otro, todos rechazaron con vehemencia tal modalidad de trabajo: *“No, eso es imposible en este equipo. Además, entre todos tenemos un muy buen clima de trabajo. Es un espacio competitivo en el buen sentido. El clima es siempre de mutuo respeto”*; *“No, se trata de un trabajo INTERDISCIPLINARIO, por lo cual ningún profesional es priorizado ni por afinidad ni por especialidad”*; *“No, el trabajo es en equipo”*.

Sobre las fortalezas, debilidades y posibles mejorías del equipo de trabajo, encontramos diferencias interesantes en las respuestas dadas, lo que permite captar la singularidad que posee cada institución relevada. Las fortalezas del equipo de KREIA son consecuencias de, *“La integración*

de corrientes antagónicas en la ciudad, por ejemplo, lo cognitivo conductual con la integración sensorial, sumado al trabajo desde lo biológico. Y, todo esto con el apoyo desde el grupo para padres con una coordinación desde el enfoque dinámico. Entre todos los miembros del equipo hay un buen entendimiento, el trabajo individual en consultorio se articula con el trabajo grupal, de niños bajo tratamiento, compartiendo un mismo espacio y una misma actividad. Ello, sumado al apoyo desde psicopedagogía que posibilita luego la integración en otros ámbitos, por ejemplo el escolar”, dentro de sus debilidades manifiesta que no se puede, “Crear que uno lo tiene todo, o demasiadas cosas, ya que ello hace que se superponga el trabajo. El equipo es joven, aun está en construcción”, pero sí contribuiría a una posible mejora, “Sistematizar la realización del diagnóstico”. En tanto, las fortalezas del equipo de CAPSA son, “La vocación, motivación, y predisposición para trabajar con personas autistas”, las debilidades, “La escasa base de formación previa universitaria sobre la temática, marco teórico, intervención, etc., con la que llegan los distintos integrantes del equipo” y, las posibles mejoras, “Considerar todo aquello que atente con la desmotivación de los integrantes, sean factores externos, internos o personales, para lo cual siempre estamos realizando supervisiones institucionales para atender estos casos” . Finalmente los de CLARA DEL MAR, consideraron que las fortalezas de su equipo son, “La lucha contra el sistema de capitas, el dar una buena prestación, la cantidad de profesionales que posee el equipo y la concepción compartida respecto de la salud mental”, y señalaron como debilidades, “Las dificultades de trabajar de un modo verdaderamente

interdisciplinario. Así como cierto legado del modelo médico en la institución neuropsiquiátrica”.

- ***Eje Cuatro: Ley de Discapacidad***

Respecto del **conocimiento sobre la Ley 24.901 (Sistema De Prestaciones Básicas En Habilitación Y Rehabilitación Integral a Favor De Las Personas Con Discapacidad)**, todos afirman conocerla, con apreciaciones valorativas diferentes. La profesional de KREIA considera que, *“Es una ley muy buena. Ha sido un progreso muy importante en materia de la asistencia en discapacidad”*, encuentra entre sus fortalezas, *“La igualdad, al menos para acceder al sistema”*, mientras que son sus debilidades, *“La cuestión social, los que quedan por fuera. En muchos casos, dada las posibilidades de asistencia, solo se llega al diagnóstico, pero nunca al tratamiento”*. El de CAPSA, entiende que *“Evalúa de forma incompleta, ya que no toma en cuenta todas las necesidades de las personas con discapacidad”*, su fortaleza estriba en que, *“Se ocupa de las necesidades básicas para un tratamiento general de las personas con discapacidad”* y, una de sus debilidades en particular es que, *“No contempla el tratamiento integral para el autismo y los trastornos generales del desarrollo”*. En tanto que los de CLARA DEL MAR, explican que *“Es una ley bastante abarcativa, que tiende a romper por lo establecido por la burocracia”*



No encontramos demasiadas apreciaciones valorativas diferentes acerca del **modo en que incide la Ley 24.901 en el sostenimiento de los tratamientos del autismo**. Salvo uno que considera que incide en un sostenimiento parcial, debido a que no acompaña ni avala la necesidad de la intensidad y la frecuencia en el tratamiento del autismo; los restantes creen que tiene un peso fundamental en el sostenimiento del tratamiento para una persona autista, y además legitima la cobertura de tratamiento para cualquier tipo de discapacidad.

Respecto del la conocimiento social acerca de la ley, todos coinciden en que se trata de una ley solo conocida por aquellas personas relacionadas de alguna manera con la discapacidad (profesionales de distintas disciplinas que trabajan en esta temática y, padres o familiares de personas con algún tipo de discapacidad). Uno de ellos incorpora a las Obras Sociales cuando afirma que, *“Las obras sociales, en cambio, pareciera que no la re-conocen”*.

En cuanto al conocimiento sobre algún proyecto de ley específico sobre el autismo, Solo dos afirman conocer un proyecto de ley, pero no aportan nada significativo al respecto. *“Si, la ley de TGD y autismo que modificaría la ley vigente”, “Están realizando uno, originariamente en Neuquén, creo... Si bien muchos proyectos quedan estancados por las fortalezas mismas de la ley actual”*

CAPÍTULO 3

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones del análisis de la información obtenida en la presente investigación.

En los equipos profesionales analizados pueden observarse concepciones distintas sobre el autismo, lo cual deviene en terapéuticas diferentes, tanto desde los tratamientos psicológicos, como desde el conjunto del tratamiento interdisciplinario.

Se considera necesario explicitar la postura teórica y praxiológica que sostienen los investigadores en esta tesis acerca del trastorno autista. Del conjunto de concepciones presentadas en la primera parte del marco teórico, se toma como referencia la postura de Ángel Riviere, encuadrada esta dentro de la corriente cognitivo conductual. La misma adopta una concepción etiológica multicausal, consecuente con un abordaje multidimensional e interdisciplinario, con una sistematización científica rigurosa y acorde a la concepción compleja del trastorno. Sin embargo, también se considera necesario explicitar que todas las teorías presentadas resultan necesarias, en tanto que explican una dimensión del fenómeno de manera profunda. Tales posturas se consideran adecuadas siempre que no dejen de reconocer que todo planteo que parta desde una concepción unicausal para explicar un fenómeno complejo, deviene necesariamente en un reduccionismo epistemológico erróneo (tanto disciplinario, como paradigmático). Considerar como válido toda experiencia que aporte soluciones a la terapéutica del autismo puede resultar discutible desde un

debate epistemológico, pero no deja de ser una necesidad imperiosa y una realidad ineludible en el campo concreto de las prácticas profesionales.

Un punto final acerca de la postura de Ángel Riviere, es considerar que sus desarrollos teóricos y praxiológicos se generaron con el trasfondo de los cambios epistemológicos actuales en las ciencias humanas y de la salud (representados, entre otros autores, por Edgar Morin y su epistemología del pensamiento complejo). No así muchas otras posturas, encarnadas por distintos autores dentro de la psicología, en donde los planteos unicausales se desarrollaron dentro de epistemologías de causación lineal (Morin, 1994). En vista de todo lo antedicho, se evalúa necesario que frente a una patología compleja como el autismo, el reconocimiento de esta transición epistemológica, y sus consecuencias teóricas y prácticas, resulta obligatoria.

Se encontró también que en la ciudad de Mar del Plata se evidencian las tendencias hegemónicas en las escuelas psicológicas abocadas a la investigación y tratamiento del autismo, acorde a lo supuesto en el inicio de la investigación. Como lo plantea Calzetta (2007), la desproporción existente entre la baja incidencia del autismo y el amplio interés que despierta como trastorno debe buscarse en su misteriosa naturaleza, la cual lo ha convertido en un campo de batalla para que las distintas perspectivas teóricas y clínicas enfrenten sus posiciones y den cuenta de sus respectivas formas de entender la naturaleza de lo psíquico y de tratar sus manifestaciones patológicas.

Respecto de los tratamientos indagados en esta investigación, si bien todas las instituciones presentan concepciones del autismo disímiles, deviniendo terapéuticas distintas, todos los profesionales entrevistados acuerdan en la necesidad de abordar el trastorno desde una perspectiva interdisciplinaria, incluso desde aquellas posturas psicológicas poco representativas del trabajo interdisciplinario.

En cuanto al rol del psicólogo dentro de los equipos de trabajo, se observan distintas características entre las instituciones relevadas, en donde las funciones varían según la institución de pertenencia. Más aun, el mismo tratamiento psicológico, enmarcado en el abordaje interdisciplinario, deviene diferente a partir de la conjunción de variados factores institucionales (instalaciones, trabajo con obras sociales, distribución de cargos, nivel de especialización del personal, porcentaje de autismo en relación a la matrícula institucional, etc.). Sin embargo, se detecta que dentro de los tratamientos relevados, el profesional psicólogo posee un rol definido e indispensable, adquiriendo funciones primarias y secundarias según las características de la institución en donde se lo ejerza.

Comprobamos que las tres instituciones relevadas presentan infraestructuras distintas, pero todas ellas en buenas condiciones materiales, con instalaciones suficientes y adecuados recursos técnicos y humanos en su generalidad.

En referencia al equipo profesional se infiere que las instituciones disponen de un adecuado número y tipo de disciplinas constituyentes. Si bien, es necesario distinguir que existen diferencias significativas en los

niveles de especialización que los profesionales tienen en la terapéutica del trastorno, así como también captamos la importancia que cada una de ellas otorga a la capacitación y actualización de los nuevos avances en la investigación del tratamiento del autismo.

Considerándolas en su conjunto dentro del campo de la salud mental, en la ciudad de Mar del Plata, se detectan debilidades para un adecuado funcionamiento interinstitucional (derivaciones, articulaciones, asesoramientos técnicos, programas de formación abierta, etc.), ya que prácticamente no existe contacto entre ellas ni la necesidad de establecerlo.

Fenómeno que se refleja en parte, a partir del desconocimiento de las instituciones abocadas a la terapéutica del trastorno incluso en aquellos profesionales vinculados con el tratamiento de patologías graves de la salud mental. Desde este enfoque se consideran inadecuados los tratamientos unidisciplinarios en este tipo de patologías, no obstante resultaría interesante indagar como es abordado su tratamiento en nuestra ciudad por profesionales particulares o también, por aquellos que si bien trabajan de manera interdisciplinaria no tienen una institución como telón de fondo.

Más aun, en cuanto a los resultados obtenidos resultaría importante destacar que no se han encontrado tratamientos y/o servicios para el autismo en la órbita pública. Si bien en los servicios públicos se informa a los solicitantes la existencia de algunas de las instituciones privadas especializadas en el trastorno, el proceso no resulta una derivación sino un desplazamiento directo hacia la órbita privada. Como lo plantea Galende (1997) Esta situación constituiría un ejemplo claro del impacto de las

políticas neoliberales y la privatización de los servicios de salud mental en Argentina, en desmedro de los servicios estatales. De este modo los familiares o adultos a cargo además de padecer las problemáticas vinculadas con la cotidianeidad de una persona con autismo, resultan víctimas sociales dada su imposibilidad de acceder al tratamiento.

Ante la poca incidencia del autismo en la población, los padres como colectivo han ejercido poca presión ante el Estado por más y mejores servicios públicos. Solo en la actualidad han comenzado a organizarse a partir de la elaboración de nuevos proyectos de ley y el apoyo de figuras políticas mediáticas, lo cual conlleva, entre otras cosas, a una mayor visibilización social del trastorno, incluso en programas de difusión masiva.

Si bien la ley (24.901) resultó un avance en las coberturas para el tratamiento del autismo, se detectan serias irregularidades en su concreción, tales como su acceso y tramitación. Resulta importante destacar que en la muestra relevada no se da cuenta de la importancia de la ley para la existencia de las instituciones, es decir que resulta sorprendente el hecho de que estas no pueden asumir que la mayoría de sus pacientes son beneficiarios de la Ley de Discapacidad, lo que implica un subsidio directo a la atención. Interesante sería comprobar cuantos de sus pacientes podrían recibir dicho tratamiento si tal beneficio no existiera. Por otra parte, se detecta un relativo desconocimiento de la ley desde los profesionales psicólogos.

Conjuntamente se comprueba la ausencia de organismos de control públicos para constatar su verdadero cumplimiento. Función cumplida, solo en parte, por los familiares de las personas con autismo.

A partir de lo anteriormente expuesto, puede constatarse que en muchos de los profesionales entrevistados la percepción de lo público consiste solo en la existencia de un servicio de atención directa en instituciones públicas (nacionales, provinciales o municipales), vinculadas con enfermedades médicas. Es decir, que los pacientes que obtienen servicios y tratamientos posibilitados por la cobertura de una obra social, en tanto esta resulta un ente público, no son consideradas como pertenecientes a la órbita pública.

Finalmente, los nuevos proyectos de ley, si bien se desconocen las posibilidades de su tratamiento por parte del poder legislativo, consideramos excesivos sus pretensiones de cobertura (reflejada, en parte, por la propuesta de cubrir obligatoriamente cualquier tratamiento internacional que aborde al autismo). Sin embargo, evaluamos también que el trastorno autista, al igual que muchas otras patologías, presenta una especificidad distintiva que no puede ser homogeneizada en el amplio conjunto de las discapacidades, y en consecuencia, debe poseer un marco legal propio que regule su cobertura específica, racional e interdisciplinaria.

Consideraciones Finales

La importancia de la presente investigación llena un vacío ya que contribuye a esclarecer y conocer a las instituciones abocadas en la ciudad de Mar del Plata del tratamiento del autismo. Vacío significativo que da cuenta de la inexistencia de un relevamiento institucional, desde un marco interdisciplinario.

Partimos de considerar que los relevamientos institucionales constituyen poco menos que un “*campo virgen*” en las investigaciones psicológicas actuales y por medio de ellos se pueden obtener un amplio conjunto de datos sobre temas investigados, como el caso del autismo, pero de los cuales no se poseen actualizaciones recientes en nuestra ciudad; o de temas poco investigados, como la interdisciplina, las cuales resultan posibles de ser indagados en contextos institucionales.

Este tipo de investigaciones permite fortalecer una necesaria articulación de saberes que confluyen para esclarecer zonas oscuras del conocimiento científico actual, con incidencias tanto teóricas como praxiológicas, y propiciar el mejoramiento de la calidad de los servicios y tratamientos que se brinden en el campo la salud mental. Creemos que solo así el reconocimiento, la promoción y la defensa del indispensable trabajo interdisciplinario no solo resulta una postura epistemológica, sino un asumido posicionamiento ético.

Bibliografía

- American psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statical manual of mental disorders. DSM IV*. Washington, DC: Autor.
- Bettelheim, Bruno (1967), *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*. Buenos Aires, Editorial Paidos.
- Butelman, Ida (1996), *Pensando las instituciones. Sobre teorías y prácticas en educación*. Buenos Aires, Editorial Paidos.
- Cacciari; Martínez (2009), *Patologías graves en la infancia*. Mar del Plata, Facultad de Psicología, Mimeo de la Cátedra.
- Calzetta, Juan (2007), *Autismo y complejidad*. Buenos Aires, Revista "Actualidad Psicológica", Año XXXII – N ° 353.
- Centrángelo, Devoto (2002), "Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual". Buenos Aires, Editorial Biblos.
- de Lajonquiere, Leandro (1996), *De Piaget a Freud: para repensar los aprendizajes*. Buenos Aires, Nueva Visión. Tercera parte. Pp. 115-139.
- Galende, Emiliano (1997), *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires, Editorial Paidos.
- Hernández Sampieri; Fernández Collado; Baptista Lucio (1991), *Metodología de la investigación*. México, Editorial McGraw - Hill.
- Maggio Sandra; Peckner Andrea; Valetti Hugo (1998), *Autismo infantil y psicosis infantil*. Mar del Plata. Trabajo de investigación para la licenciatura en psicología. UNMdP.

- Ley 24.901 (1997), Sistema integrado de jubilaciones y pensiones - Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.
- Lores Arnaiz (1997), *"Psiquismo, transdisciplina y trasndisciplinariedad"*. Buenos Aires, Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Morin, Edgar (1994), *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Editorial Gedisa.
- Malvárez, S. (1996), *Salud Mental y Fin de Siglo. Aportes para el análisis estratégico*. Córdoba.
- Riviere, Ángel; Marto, Juan (1997), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituciones de Migraciones y Servicios Sociales.
- Sautu; Boniolo y otros (2005), *Manual de Metodología*. Buenos Aires, Colección Campus Virtual.
- Schlemenson, Aldo (1998), *Análisis organizacional y empresa unipersonal. Crisis y conflictos en contextos turbulentos*. Buenos Aires, 1^{ra} Parte y Cap. 2 y 3.
- Stolkiner, Alicia (1988), *Prácticas en Salud Mental*. Revista de Investigación y Educación en Enfermería. Colombia, Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería Universidad. V.6, n.1, p.31 - 59.
- Vilanova, Alberto (2003), *Discusión por la psicología*. Mar del Plata. Editorial UNMdP.
- Wing, Lorna (1998), *El autismo en niños*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Cazzaniga, Susana. Trabajo social e interdisciplina. *La cuestión de los equipos de salud.* Disponible en:

<http://www.margen.org/suscri/margen27/jorna> (consulta 25/11/09).

Stolkiner, Alicia. *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.*

Disponible en: <http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm> (consulta 27/11/03).



- Consultorio: Número:
- SUM: Número:
- Baño: Número:
- Gimnasio: Número:
- Comedor: Número:

4. ¿Qué déficit considera que tiene el edificio?

5. ¿La institución cuenta con subsidios?

- SI:
- NO:

Solo en el caso de que la respuesta anterior sea positiva:

5.1. ¿De dónde provienen los subsidios?

- Estado:
- Entidad privada:
- ONG:
- Otras. Especifique:

6. ¿El cobro de los subsidios es regular?

- SI:
- NO: ¿Por qué?

7. ¿Existe actualmente una lista de espera para el ingreso a la institución?

- SI:
- NO:

8. ¿Cuál es el promedio de los aranceles del tratamiento?

9. ¿Cuáles son las obras sociales que más derivaciones hacen?

Personal

1. La edad del personal es en su mayoría de:

- 25 a 30 años:
- 31 a 36 años:
- 37 a 45 años:
- 46 a 50 años:
- Más de 50 años:

2. ¿Con que cantidad de profesionales cuenta la institución?

Total del personal:

¿Cuál es la cantidad de personal femenino?

¿Cuál es la cantidad de personal masculino?

3. ¿Cómo se distribuyen los cargos?

- Profesionales:
- Técnicos:
- Administrativos:
- Maestranza:
- Otros:

4. La antigüedad de la mayoría del personal es de:

- 2 a 5 años:
- 6 a 10 años:
- 11 a 15 años:

- 16 a 20 años:
- Más de 20 años:

5. ¿Cuál es la modalidad de contratación de los profesionales?

- Concursos:
- Colegio profesional:
- Técnicas de selección de personal:
- Otros. Especifique:

6. Indique la cantidad de horas que trabajan los profesionales.

- 20 horas a la semana:
- Más de 20 horas a la semana:
- Más de 40 horas a la semana:

7. ¿Cuál es la condición laboral de los profesionales?

- Relación de dependencia:
- Pasantías:
- Honorarios particulares:
- Ad honores:
- Otros. Especifique:

8. ¿Conoce el promedio de ingresos de los profesionales?

9. ¿Poseen los profesionales especialidad en el trastorno?

No: _____ SI: _____ Cuáles: _____

10. ¿Se brindan jornadas de capacitación dentro de la institución?

No: _____ SI: _____ De que tipo: _____

- Primaria completa:
- Secundario incompleto:
- Secundario completo:
- Universitario:

5. El tipo de actividad laboral de los padres de los pacientes es:

- Profesionales:
- Empleados:
- Obreros:
- Peones:
- Amas de casa:

6. Los pacientes con diagnóstico de autismo constituyen en la institución:

- El grupo mayoritario del total de pacientes:
- La mitad del total de pacientes:
- Una pequeña minoría dentro del total de pacientes:

7. ¿Con que otro tipo de patologías se trabaja?

8. Los pacientes en su generalidad son derivados por:

- Servicios privados:
- Servicios públicos:
- Obras sociales:
- Profesionales particulares:

9. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de deserción?



B. Modelo de entrevista semiestructurada dirigida al profesional psicólogo

1. Consideraciones sobre la institución

- Describa brevemente a la institución:
- ¿Qué tratamientos psicológicos para el trastorno autista brinda la institución?
- ¿Cómo se compone la estructura de cargos de la institución?
- ¿Cómo es la relación laboral del psicólogo con la institución?
- En caso de que los hubiera ¿Cuáles son los aranceles del psicólogo?

2. Consideraciones sobre el autismo

- ¿Cómo podría definir usted el autismo?
- ¿Cuál cree que es la percepción social del Autismo?
- ¿Cree que es una enfermedad invisibilizada a nivel social y profesional?

3. Consideraciones sobre el tratamiento psicológico

- ¿Cuáles son los objetivos que persigue el tratamiento?
- En el tratamiento psicológico que brinda la institución: ¿Cómo se considera la subjetividad de cada paciente?
- ¿Qué técnicas psicológicas son empleadas para el diagnóstico y el tratamiento del autismo?
- ¿Avala la administración de psicofármacos? SI: No:
- Si avalara la administración de psicofármacos, ¿En que casos cree que es conveniente administrarlos?

- La familia del paciente con autismo ¿Participa en el tratamiento?
- ¿Cuál cree que es el nivel de compromiso general de las familias?
- ¿Cuál es el nivel de deserción?
- ¿Cuál cree que es la relación entre el diagnóstico precoz del autismo y su tratamiento?
- ¿Poseen métodos de evaluación de los resultados del tratamiento?
- En caso de que el paciente concurra a otras instituciones, ¿Qué contactos establece usted?

4. Consideraciones sobre el marco legal del tratamiento del autismo

- ¿Conoce la Ley 24.901 (Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad)?
- ¿Cómo evalúa la Ley 24.901?
- ¿Cuál cree que son sus fortalezas?
- ¿Cuál cree que son sus debilidades?
- ¿Cómo cree que incide la Ley 24.901 en el sostenimiento de los tratamientos del autismo?
- ¿Cuál cree que es el conocimiento social acerca de la ley?
- ¿Cuál cree que es el nivel de conocimiento de la ley por parte los profesionales?
- ¿Conoce algún proyecto de ley específico sobre el autismo?

5. Características del equipo interdisciplinario de la institución

- ¿Quiénes componen el equipo de trabajo en el tratamiento del autismo?
- ¿Quién asume la Dirección del tratamiento interdisciplinario?
- Autoridad en el equipo de trabajo:
- Reuniones de equipo de trabajo. Frecuencia:
- ¿Trabaja con un profesional más que con otro? ¿Por qué (por afinidad – por especialidad)?
- ¿Cree que influye el posicionamiento escolástico del psicólogo en el trabajo de equipo? Si: No: ¿Por qué?
- ¿Considera necesario que el tratamiento del autismo sea interdisciplinario?
Si: No: ¿Por qué?
- ¿Considera necesario que se incorpore un profesional más en el equipo de la institución? Si: No: ¿Por qué?
- ¿De que campo o disciplina?
- ¿Cuales son las fortalezas de su equipo de trabajo?
- ¿Cuáles son las debilidades de su equipo de trabajo?
- ¿Qué considera que podría mejorarse en su equipo?
- ¿Realizan contactos con otras instituciones que trabajen con autismo (articulación Inter/institucional)?