



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “El acompañamiento terapéutico y la importancia de su incorporación en niños con TEA, estudio de caso”

Autor:

González María Belén - DNI 40.454.788

Directora:

Lic. Navarro Sandra

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

29/07/2024

Firma autor/es

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'lg', is positioned below the text 'Firma autor/es'.

Índice

Agradecimientos	3
Resumen.....	4
Introducción	5
Marco Teórico	7
Autismo	7
Inclusión.....	14
Acompañante Terapéutico	18
Herramientas de trabajo del acompañante terapéutico en su quehacer profesional	23
Caso Clínico	29
Conclusión	30
Referencias bibliográficas	31
Anexo	32

Agradecimientos

En primer lugar me gustaría poder agradecerme a mí por todo el recorrido realizado hasta el día de hoy. Comencé como acompañante de curso, luego realicé la tecnicatura y hoy me encuentro realizando este trabajo final para poder obtener la Licenciatura.

Además agradecer a todos los profesores que se cruzaron en mi camino que me aportaron conocimiento y en algunos momentos contención y aliento para seguir. A mi pareja que me acompañó durante todos estos años de estudio. A mi hermana que también ha sido un sostén y un apoyo incondicional. Y a mis amigas que me escucharon hablar de este trabajo miles de veces.

Sin mucho más que decir más que palabras de agradecimiento, comenzaré el desarrollo de este trabajo.

Resumen

El presente trabajo intentará exponer la importancia de la incorporación de un acompañante terapéutico en niños con TEA en instituciones educativas de ser necesario. Se hará un recorrido por los distintos conceptos sobre TEA a lo largo del tiempo. También se definirá rol, funciones, e incumbencias del acompañante terapéutico. Además se abordarán y detallarán las herramientas con las que cuenta el a.t. para el desempeño de su trabajo. Así, luego del análisis de la teoría y el caso clínico se tratará de dejar en evidencia los beneficios del acompañamiento terapéutico.

Palabras claves: Acompañamiento terapéutico (A.T.) – TEA – Inclusión – Acompañante Terapéutico (a.t.)

Introducción

En el DSM V (2013) se detalla El Trastorno del espectro del autismo. Este trastorno tiene dos características fundamentales: déficits sociales y de comunicación, con intereses fijos y comportamientos repetitivos.

Tomando el texto “¿Qué es el autismo?”, podemos decir que se ha observado en los últimos años un aumento significativo en la prevalencia del autismo, lo que ha planteado desafíos importantes para la comunidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (ONU) (2008), establece que “las personas con discapacidad, tienen derecho a una educación inclusiva. Esto implica que todos los niños, independientemente de sus capacidades, deben tener el acceso a una educación de calidad”. Como se menciona en la Conferencia Internacional de Educación (2008), la inclusión es un proceso de abordaje y respuesta a la diversidad en las necesidades de todos los alumnos a través de la creciente participación en el aprendizaje, las culturas, las comunidades y de la reducción de la exclusión dentro y desde la educación. Esta no solo incluye los derechos sino los beneficios educativos y sociales con los que cuenta ese niño. Por lo que la inclusión educativa de niños con autismo en instituciones escolares convencionales se ha convertido en un tema relevante, relacionado con los principios de igualdad, diversidad y derechos humanos.

En este contexto se piensa al Acompañamiento Terapéutico como un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, dependiendo de la situación que el sujeto esté atravesando. De esta manera se insertará en la vida cotidiana del paciente y en este caso acompañará los procesos y el recorrido educativo del niño que lo necesite. Por este motivo a partir del estudio del caso clínico, el objetivo de este trabajo estará orientado a explorar la importancia del Acompañamiento Terapéutico en niños con autismo en el entorno escolar y sus beneficios.

Objetivo general:

Describir la importancia del Acompañamiento Terapéutico en niños con autismo, tomando el estudio de un caso

Objetivos específicos:

Definir el Trastorno del espectro del autismo.

Determinar qué es la inclusión.

Conceptualizar el rol y función del Acompañante Terapéutico.

Enumerar las herramientas con las que cuenta el Acompañante Terapéutico para el correcto desempeño de su trabajo.

Demostrar los beneficios del Acompañamiento Terapéutico tomando el estudio de un caso

Justificación:

El objetivo de este trabajo estará orientado a poder demostrar la importancia de la incorporación del acompañamiento terapéutico en niños con TEA. En los últimos años el acompañamiento terapéutico ha crecido notablemente y se ha incluido en nuevos espacios como las escuelas. Es desde este lugar que me propongo exponer los beneficios de la incorporación de un a.t. a un espacio educativo cuando un niño lo necesite, teniendo presente que su incorporación en el momento justo puede ayudar favorablemente al recorrido del niño en la institución.

Metodología:

Se analizará el marco teórico junto al caso clínico para poder llegar a una conclusión sobre la importancia de la incorporación del dispositivo de acompañamiento terapéutico en la institución escolar. Se realizará una descripción detallada del caso y los resultados luego de la incorporación del dispositivo de AT. Se evaluarán los cambios del niño en áreas específicas como (comunicación, interacción, social y comportamiento) luego de la intervención del acompañante terapéutico y el trabajo en conjunto con el equipo tratante y la institución.

Se recopilarán datos a partir de una entrevista a la docente del niño.

La metodología será cualitativa e interpretativa a partir del caso clínico y la entrevista realizada.

Marco teórico

Autismo

Para comenzar el desarrollo de este trabajo sería oportuno poder realizar un recorrido de los antecedentes previos a la definición actual de autismo.

Tomando a los autores Tendlarz y Álvarez (2013) podemos establecer como antecedente a el italiano Sante de Sanctis, ya que fue el primero en describir en 1906 un inicio infantil de la demencia precoz, a la cual denominó demencia precossima con síntomas catatónicos (síndrome conductual caracterizado por una incapacidad para moverse normalmente) y dificultad para el aprendizaje.

De este modo posteriormente aparece el concepto de “autismo infantil precoz” introducido en 1943 por Leo Kanner, médico de origen austríaco especializado en psiquiatría. La caracterización inicial del síndrome destacaba como rasgo patognomónico la incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida. Luego en 1944, Asperger inicia su desarrollo sobre lo que más adelante se llamó “Síndrome de Asperger”.

La descripción de Kanner (1943) de los niños autistas señala dos características esenciales: soledad (dificultad para armar lazo con los otros) y fijeza (conductas estereotipadas). El adjetivo “precoz” indica que se manifiesta desde el nacimiento o antes de los tres años. Este se diferencia del síndrome de Asperger ya que en este último falta el retraso del lenguaje, no tienen dificultades a nivel cognitivo, les cuesta la relación con el otro, además de que puede reconocerse o se inicia después.

En 1980 el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) incluye el autismo dentro de los Trastornos profundos de desarrollo, como un subtipo y su forma más severa. Su característica principal es la dificultad de adquirir aptitudes cognitivas, lingüísticas, motrices y sociales. En 1987 entra en revisión (DSM III R) dando lugar al término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), para nombrar las desviaciones del desarrollo de numerosas funciones psicológicas fundamentales implicadas en la adquisición de aptitudes sociales y del lenguaje. Se plantean así dos tipos de TGD: el trastorno autista y el TGD no especificado

Varios años después en 1994 en el DSM IV se incorpora al autismo dentro del TGD. En este se agrupan cinco cuadros diferentes: el autismo, el trastorno de

Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el TGD no especificado.

En el DSM IV se detallan los criterios para el diagnóstico del Trastorno autista:

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- a. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- b. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- c. ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- d. falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Podemos decir entonces que:

La alteración de la interacción social concierne a la afectación de la práctica de los comportamientos no verbales, entendiendo por tales el contacto ocular, la expresión facial, las posturas y gestos corporales. Dentro de la alteración de la interacción social se encuentra la incapacidad para desarrollar actitudes sociales, que puede ser por incomprensión de criterios sociales. Esto varía según la edad: los niños más pequeños se aíslan y no se interesan por la relación con otros; en los adolescentes puede haber interés por desarrollar una interacción social pero no pueden hacerlo por falta de comprensión. Está también la falta de reciprocidad social, que implica no participar en juegos, no sentir placer por intereses compartidos, no hay juegos de ningún interés en la interacción no solo en la comunicación sino en ninguna cuestión que sea de interés común en varias personas.

El segundo punto es la alteración en la comunicación. Aquí se refieren al habla. La alteración de la comunicación en el autismo se caracteriza por un lado, por un retraso en el lenguaje o una ausencia total del lenguaje y por otro lado por una alteración en la habilidad para sostener una comunicación o una evitación completa de la misma, con manierismos o usos estereotipados del lenguaje. También encontramos aquí la falta de juego espontáneo. Si hay habla, tiene características de volumen, entonación, velocidad, ritmo o acentación, alterados.

La tercera característica se refiere a los patrones de comportamiento o intereses estereotipados, restringidos y repetitivos. Se incluyen aquí la preocupación absorbente por determinado objeto o por determinada actividad repetitiva, las rutinas, los rituales o los manierismos motores. Tendlarz S. y Álvarez P. (2013) págs. 30-31.

Por lo tanto podemos establecer que el autismo tiene tres características fundamentales: la alteración de la interacción social, la alteración de la comunicación y comportamientos anormales restrictivos o estereotipados. Asimismo el autismo tiene que aparecer antes de los dos o tres años de vida y el comportamiento en todas estas áreas generalmente ya se manifiesta como anormal desde los seis meses.

Por otra parte en el DSM V (2013) se habla de Trastorno del espectro del autismo. En él se consideran los siguientes criterios para su diagnóstico:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

Trastorno del espectro del autismo

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética.

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.

Con catatonía.

Los criterios utilizados para este diagnóstico son déficits sociales y de comunicación; intereses fijos y comportamientos repetitivos. De esta manera, el autismo se vuelve un diagnóstico ampliado que incluye distintos tipos de individuos.

Las características del Trastorno del espectro autista propuestas son las siguientes:

A) Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos.

B) Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia. Es decir los tres criterios del manual anterior se reducen a dos: déficits

sociales y de comunicación, con intereses fijos y comportamientos repetitivos. Tendlarz S. y Álvarez P. (2013) págs. 32-33.

Si tuviéramos que quedarnos con una definición de autismo luego de todo el recorrido realizado, podríamos decir que como mencionan los autores Tendlarz S. y Álvarez P. (2013) es un trastorno que afecta la comunicación, las interacciones sociales, padecen conductas repetitivas y se manifiesta en edades tempranas. Además mencionan que el énfasis está puesto en la falta de lazo y de comunicación. Cabe resaltar que estas consideraciones obedecen a las clasificaciones creadas por los Manuales Diagnósticos. El más reciente de ellos es el DSM V (2013), utilizado actualmente.

Inclusión

A fines del año 2006 se sancionó la Ley de Educación Nacional N° 26.206 en la cual se establece que la educación y el conocimiento son un bien público y un derecho personal y social, garantizados por el Estado. La Ley de Educación Nacional afirma que la educación es una prioridad y se construye en política de Estado para construir una sociedad justa, reafirmar la soberanía y la identidad nacional, profundizar el ejercicio de la ciudadanía democrática, respetar los derechos humanos y libertades fundamentales y fortalecer el desarrollo económico-social de la Nación. Así, la Ley establece que se debe garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales y estrategias pedagógicas y asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores que más lo necesiten. Se trata de medidas destinadas a enfrentar situaciones de injusticia, marginación, estigmatización y otras formas de discriminación, derivadas de factores socioeconómicos, culturales, geográficos, étnicos, de género o de cualquier otra índole, que afecten el ejercicio pleno del derecho a la educación, asegurando una educación de calidad con igualdad de posibilidades, sin desequilibrios regionales, ni inquietudes sociales (Ley de Educación Nacional, art. 79).

Siguiendo esta línea, López, D. (2009), mencionan que el Sistema Educativo Nacional se define como un conjunto organizado de servicios y acciones educativas regulados por el Estado que posibilitan el ejercicio del derecho a la educación. De este modo la Ley de Educación Nacional menciona que se debe brindar a las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos (Ley de Educación Nacional, art. 11).

Es así como en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a la educación, considerando hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de igualdad de oportunidades. De esta manera asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida. Se tratará de:

- Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos (...)
- Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas
- Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre

Esta Ley también establece que los Estados asegurarán que:

- Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación
- Accedan a una educación primaria y secundaria inclusiva, en igualdad de condiciones en la comunidad en la que vivan
- Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales
- Se preste el apoyo necesario en el marco del sistema general de educación para facilitar su formación efectiva
- Se faciliten medidas de apoyo personalizadas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

Según López, D. (2009) la inclusión se presenta como un enfoque filosófico, social, político, económico y especialmente pedagógico para:

- La aceptación y la valoración de las diferencias en una escuela que es de todos, para todos y para cada uno.
- La definición de políticas que protejan el interés superior del niño y de los sujetos de la educación.
- El desarrollo del sentido de comunidad, solidaridad y pertenencia plural.
- La promoción de las alfabetizaciones múltiples.
- El aprendizaje constructivo y la valoración de las capacidades de todos los estudiantes.
- Una cultura educativa, en la cual todos se sientan partícipes.

Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1945) define la inclusión como una estrategia dinámica para responder en forma proactiva a la diversidad de los estudiantes y concebir las diferencias individuales no como problema sino como oportunidades para enriquecer el aprendizaje. La inclusión consistirá en

transformar los sistemas educativos y otros entornos de aprendizaje para responder a las distintas necesidades de los estudiantes.

Dentro de este marco López, D (2009) agregan que la inclusión es una visión de la educación basada en la diversidad, en la que se destacan cuatro elementos fundamentales:

- Es un proceso, una búsqueda permanente de la mejor manera de responder a las diferencias
- Busca identificar y remover barreras, estar atentos a los obstáculos del aprendizaje y la participación, y hallar la mejor manera de eliminarlos.
- Se refiere tanto a la presencia como a la participación y el logro de los estudiantes en su totalidad.
- Pone especial cuidado en aquellos grupos de estudiantes con mayor riesgo de ser marginados, excluidos o de tener rendimientos menores a los esperados.

En tanto a la educación inclusiva el autor refiere que es la capacidad del Sistema Educativo para atender a todos, niñas y niños, sin exclusiones de ningún tipo. Para esto será necesario abordar las diferencias que presentan los estudiantes y asegurar la participación y el aprendizaje de cada uno de ellos en el marco de servicios comunes y universales. Cabe mencionar que la inclusión debe ser una responsabilidad de todo el Sistema Educativo, de cada nivel y modalidad.

En relación con este tema Verdugo M. (2004) plantea que el concepto de educación inclusiva ponía la mirada en las modificaciones ambientales (físicas y del comportamiento de los individuos y de las organizaciones) necesarias para que el ambiente en el que el individuo se integra pueda aceptar como un igual a la persona con discapacidad. Es así como se plantean diseños diferentes de la escuela y la sociedad del futuro abiertos a todos los individuos.

López, D. (2009) hacen hincapié en que el proyecto institucional o escolar, la propuesta curricular, el proyecto de aula y el plan de atención individual deben aportar una verdadera inclusión educativa. El currículum podrá ser una herramienta dinámica y flexible, y atender al desarrollo de cada niño tomando en cuenta la realidad social y cultural del entorno. Es así que la educación inclusiva pone el foco en el contexto educativo y en cómo mejorar las

condiciones de enseñanza y aprendizaje para que los estudiantes participen y se beneficien de una educación de calidad.

De esta manera aparece la Educación Especial como la modalidad del Sistema Educativo destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes en todos sus niveles y modalidades del Sistema. Se rige por el principio de inclusión educativa y brinda atención educativa a todas aquellas problemáticas específicas que no pueden ser abordadas por la educación común. Se debe garantizar la integración de los/as alumnos/as con discapacidades en todos los niveles y modalidades según las posibilidades de cada persona (Ley de Educación Nacional, art. 42).

Acompañante Terapéutico

Tomando a Kuras de Mauer y Resnizky (1985) podemos decir que: “el rol del AT encuentra su origen en una concepción psiquiátrica dinámica opuesta al planteo clásico que confina al enfermo mental con el rótulo de loco, alejándolo de su familia y de la comunidad. El A.T. como agente de salud, se inscribe en la corriente que busca restituir la posibilidad de diálogo con la sinrazón. “El trabajo del A.T. es fundamentalmente asistencial (...). Surgió como una necesidad clínica en relación a pacientes con quienes los abordajes terapéuticos clásicos fracasaban”. (Dragotto y Frank párr. 4).

En su texto Dragotto y Frank (2016) mencionan que el A.T. es un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, dependiendo de la situación en que el sujeto esté atravesando. También recalcan que entre algunas de las funciones que puede cumplir un acompañante terapéutico, se destacan las de contención y socialización, ya que su posicionamiento epistemológico e ideológico parte de la idea de que las personas aquejadas de patología mental son parte de la sociedad y su tratamiento debe realizarse, siempre y cuando sea posible orientado a evitar el aislamiento. Por otro lado la contención que apunta a que a través del vínculo humano se posibilite que el sujeto no sea segregado de la sociedad.

Consideremos ahora que el primer objetivo de un acompañamiento terapéutico es establecer el vínculo con el paciente. El vínculo, según Kuras de Mauer y Resnizky (1985) está compuesto por cuatro movimientos:

- Primer movimiento (inicio de relación): Las actitudes dominantes al comienzo de la relación del paciente con su acompañante pueden ser de sospecha y desconfianza o de transferencia masiva. Cuando el sentimiento predominante es el primero (malestar, sospecha y desconfianza), se evidencia un marcado predominio de ansiedades persecutorias que generan conductas tendientes a acentuar la distancia y a poner freno a todo lo que pueda propiciar un proceso de interrogación y colaboración con el tratamiento. Cuando predomina la transferencia masiva abrupta se produce una relación con características casi simbióticas, donde predomina una marcada idealización de la persona acompañante.

- Segundo movimiento (mayor aceptación del vínculo): En esta etapa la empatía y el sentido común del acompañante son necesarios para desplegar las distintas propuestas terapéuticas fijadas en la estrategia del abordaje que el equipo establezca. Además, en esta etapa las actividades ya se pueden planificar junto al paciente, cuando éste manifieste una actitud de mayor compromiso con el tratamiento. A medida que el acompañante desarrolla su tarea, el paciente va comprendiendo los roles que aquel cumple dentro del equipo.
- Tercer movimiento (consolidación del vínculo): Momento del proceso en que el paciente y su acompañante terapéutico comparten algo más que un contrato de trabajo con objetivos a cumplir.
- Cuarto movimiento (finalización del acompañamiento): Se evidencian dos modalidades en el cierre de un proceso de acompañamiento. La primera es la separación planificada, gradual, respetuosa del tiempo del paciente y elaboradora del duelo por la despedida. La segunda es la separación abrupta, en situaciones en las que el paciente es “arrancado” del tratamiento, sin un espacio ni tiempo siquiera para explicitar las sensaciones que despertaba en él dicha interrupción. En este caso, la despedida más que un proceso, es un hecho consumado.

De este modo, en cuanto a las funciones del acompañante terapéutico, se especificarán las propuestas por Kuras de Mauer y Resnizky (2004):

1. Contener al paciente en su cotidianidad. La contención es fundamental y constituye la primera función del Acompañante Terapéutico. Este se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo. Acompaña y sostiene al paciente en su desvalimiento, su angustia, sus miedos, su desesperanza, etc.

2. Ofrecerse como referente.. El A.T. opera en él vínculo como organizador psíquico que lo ayuda a regularse.
3. Ayudar al paciente, es decir, asumir temporalmente las funciones del “Yo del paciente”, que este no puede desarrollar por sí mismo dado el debilitamiento por la enfermedad.
4. Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente, liberar la capacidad creativa inhibida y estructurar la personalidad alrededor de un eje organizador.
5. Aportar una mirada del mundo objetivo del paciente, para una mejor evaluación en la creación de la estrategia clínica.
6. Habilitar un espacio para pensar a través del vínculo aumentado el intercambio comunicativo del paciente.
7. Orientar en el espacio social, crear un puente con el mundo que le rodea, ya que debido a que se encuentra perturbado psíquicamente, sufre una desconexión del mundo que lo rodea.
8. Intervenir en la trama familiar, descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia.

Ahora bien, refiriendo a la cotidianidad las autoras Audisio S. y Vitelleschi B. (2017) señalan que se puede observar que el AT al trabajar inserto en la vida cotidiana del paciente, ingresa en el mundo real (su casa, institución, sus tiempos, sus hábitos, etc.) y realiza intervenciones en su mundo de relación (lo vincular de lo cotidiano, la familia, los vecinos, los amigos, etc.). Su rol abarca todos los aspectos de la vida diaria del sujeto. El acompañante terapéutico tiene por finalidad “ofrecer una mirada desde lo cotidiano y poner a disposición estrategias para el sostén del sujeto desde lo más primario, favoreciendo la emergencia de la subjetividad y estimulando sus potencialidades para desarrollar un proyecto de vida”. (Audisio y Vitelleschi, 2017, p. 29)

Por su parte Rossi define que “El acompañante terapéutico constituye un rol de múltiples funciones: compartir, escuchar, observar, ayudar a hacer

cosas, a frenar impulsos, contener, estimular, etc.” (Rossi, 2007). Además el AT como dispositivo tiene el objetivo general de expandir el terreno de lo terapéutico a los tiempos libres, la calle y el domicilio del paciente. Se desempeña especialmente en el entorno habitual, familiar y social del sujeto, busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover el desarrollo del proyecto terapéutico y para esto se vale de la cotidianidad. Por este motivo se plantean los siguientes objetivos específicos del AT:

1. Favorecer la continuidad del tratamiento o posibilitar el inicio del tratamiento adecuado.
2. Favorecer la inserción social.
3. Proporcionar información acerca del curso del tratamiento y la evolución del paciente al equipo, revisar estrategias respecto a su tratamiento.
4. Sostener y complementar la red de apoyo del paciente.
5. Proporcionar nuevos recursos para conducirse en su vida cotidiana.
6. Prevenir situaciones de riesgo.

De este modo Dragotto y Frank (2016) aluden que el acompañamiento terapéutico en el ámbito escolar, es el área en la cual se ha evidenciado más crecimiento, deviniendo en un recurso indispensable actualmente. Es así que el A.T. lejos de ser una maestra integradora, acompañará al niño/adolescente desde el abordaje terapéutico en la posibilidad de sostener la escolaridad, anticipando, conteniendo, planificando, etc. Las demandas de estrategias del A.T. estarán relacionadas con problemáticas de socialización, conductuales o trastornos de conflictiva psíquica que interfieren en el proceso educativo. Por lo tanto el A.T. se insertará en el jardín de infantes, nivel preescolar, primario, secundario y terciario.

En relación con este tema Rossi G. (2019) plantea que el acompañante terapéutico en el ámbito educativo (jardín de infantes, preescolar o primeros grados) participa en la integración escolar, en escuela común o especial y que concurre en los horarios de clases, varios días a la semana. Asimismo articula con la dirección de la institución, el equipo técnico y la maestra. Se indica en:

- Perturbaciones psíquicas graves en la infancia.
- Retrasos madurativos, debilidad, mental leve.
- Fobias escolares severas.

- Fracasos reiterados en la integración escolar.
- Dificultades relevantes en la adaptación social y en el control de impulsos.

El autor también menciona que últimamente se evidencia una creciente demanda para la inclusión en situaciones de integración del niño/adolescente con necesidades especiales a la escuela común o especial. Esta inserción se ve obstaculizada por las dificultades en torno a la comunicación, al vínculo con otros adultos o con otros chicos o complicaciones en cuanto a su producción intelectual por sí mismo, etc.

Herramientas de trabajo del acompañante terapéutico en su quehacer profesional

Se pueden considerar algunos pilares fundamentales del rol del AT, que están en relación con uno de los objetivos específicos de esta investigación, aquellas herramientas con las que cuenta el acompañante terapéutico (a.t.) para el correcto desempeño de su trabajo: el encuadre, la ética profesional, el trabajo en equipo, la coordinación, la supervisión y la escritura.

En su libro Audisio y Vitelleschi (2017) definen al encuadre como un marco necesario e ineludible para poder proveer de una organización temporo-espacial y de una legalidad sobre el tipo particular de relación entre: paciente-a.t. Algunas veces aparecerán como obstáculos cuestiones relacionadas con los honorarios, horarios y días de trabajo, lugar de desarrollo del acompañamiento, etc. Es por eso que el encuadre cuenta con un contrato terapéutico que determina las consignas para el paciente y el acuerdo laboral para el AT, permitiendo clarificar y ordenar los aspectos relacionados entre ambos. Este acuerdo entre partes propone los pasos a seguir, señalando las metas a alcanzar y los medios para llegar a ellas y al que se puede recurrir cuando se produce una alteración, por alguna causa, de alguna de las reglas propuestas. Este incluirá el que hacer, el cómo, el cuándo, los honorarios, las responsabilidades. Será muy importante aclarar desde el comienzo todas las especificidades (cantidad de días, horas y horarios, honorarios, forma de pago) con el solicitante del acompañamiento terapéutico, ya que será difícil reencuadrar durante el desarrollo del acompañamiento, y de esta manera se evitarán futuras confusiones.

Dentro de este marco algunos autores mencionan otras definiciones sobre el encuadre. Es así que para Etchegoyen (1997) “el encuadre supone fijar como constantes las variables del tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles del entrevistado y del entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar”. Asimismo para Bleger (2005, citado en Rossi, 2011), el encuadre es “un ‘no proceso’ en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso”. Además para Green (1952, citado en Rossi, 2011) el encuadre representa ese “elemento tercero que irrumpe en la relación dual”. Para Avenburg (2004, citado en Rossi, 2011) el encuadre es un “conjunto de estipulaciones, explícitas o implícitas”, tendientes a que haya “un mínimo de interferencias a las

actividades que se desarrollan entre paciente y analista”. Aunque hablemos de un dispositivo “artesanal”, “hecho a medida”, ya que su función se define caso por caso, resulta necesario establecer coordenadas que tengan algún grado de estabilidad, y que sostengan una coherencia (encuadre). Cabe destacar que el encuadre no es rígido totalmente sino que tiene la cualidad de ser dinámico y flexible de ser necesario, siempre y cuando ambas partes estén de acuerdo. (Rossi G, 2011).

Con respecto a los aspectos legales básicos que regulan la práctica de los acompañantes terapéuticos y sus responsabilidades se crea El Código de Ética de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) en el año 2010, luego sancionado en el año 2012. Este propone principios generales como normativas deontológicas orientadas a las situaciones con que pueden encontrarse los Acompañantes Terapéuticos en el ejercicio de la profesión, estableciendo así las reglas de conducta que han de regir su práctica. Si bien, no son reglas obligatorias, deben ser consideradas prioritariamente ya que constituyen el fundamento mismo del actuar ético de los acompañantes terapéuticos. Entre sus disposiciones el Código de Ética establece que:

- Los acompañantes terapéuticos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asimismo, guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas y no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía.
- Los acompañantes terapéuticos se comprometen a asumir niveles elevados de idoneidad en su trabajo. Asimismo, reconocen las fronteras de sus competencias particulares y limitaciones de su pericia. Proveen solamente aquellos servicios y técnicas para las que están habilitados por su formación académica, capacitación o experiencia.

- Los acompañantes terapéuticos se mantendrán actualizados en el conocimiento científico y profesional, relacionado con su ejercicio, reconociendo la necesidad de una educación continua.
- El acompañante terapéutico asistirá a pacientes con previa solicitud de un profesional o de un familiar a cargo, en este caso estará obligado a consultar a quien trate al paciente, para orientar la tarea del acompañamiento y a supervisar la tarea con un director de tratamiento o coordinador de equipo de salud. Se abstendrá de intervenir en aquellos casos en los que no hubiere un terapeuta, coordinador o profesional a cargo del tratamiento, en el entendimiento que el ejercicio profesional del acompañamiento terapéutico constituye una labor auxiliar y complementaria en los dispositivos asistenciales.
- Es responsabilidad inherente al ejercicio profesional del acompañante terapéutico:
 - a) La actualización periódica y permanente de sus conocimientos como garantía de responsabilidad e idoneidad que contribuya al prestigio de la práctica.
 - b) La supervisión del trabajo realizado con periodicidad.

Además se sugiere que el acompañante terapéutico pase por la experiencia de la psicoterapia personal como garantía del servicio que se brinda.

Cabe considerar, por otra parte, lo que menciona la autora Frank M. (2022) el acompañante terapéutico nunca trabaja solo sino que lo hace siguiendo las consignas de un terapeuta o profesional a cargo en el marco de un equipo interdisciplinario, un trabajo en red.

En igual forma las autoras Audisio S. y Vitelleschi B. (2017) definen la interdisciplina como la cooperación entre dos o más disciplinas. “Trabajar interdisciplinariamente consiste en lograr una interacción activa entre los participantes de conocimientos, conceptos, habilidades de diferentes campos con el fin de posibilitar y ampliar la información, la comprensión y la toma de decisiones como parte de una acción conjunta” (Audisio y Vitelleschi, 2017).

Así la tarea del acompañante terapéutico estará inscripta dentro de un equipo interdisciplinario, el cual está compuesto mayormente por psiquiatra o psicólogo, el coordinador del acompañamiento y uno o más acompañantes. Donde cada uno de ellos tendrá un rol, funciones y responsabilidades distintas pero ligadas a un objetivo en común.

Como señalan las autoras, el equipo interdisciplinario es el que indica el acompañamiento y arma la estrategia de trabajo en conjunto con el coordinador. De este modo, el terapeuta, el psiquiatra o el equipo tratante será el encargado del tratamiento y de coordinar las primeras consignas: horarios, tipos de salidas, objetivos, permisos, etc. También se establecerá un objetivo inicial, el cual se puede modificar o no, dependiendo de la evolución o ante la necesidad de cambios.

Así también en la Resolución 1014 (2014) se detalla el perfil profesional del acompañante terapéutico en donde se menciona que este “interviene en un trabajo interdisciplinario, que propicia diversos modelos de abordaje. De igual modo actúa interdisciplinariamente con profesionales de diferente nivel de calificación, eventualmente involucrados en su actividad, lo que posibilita compartir la problemática específica con el resto del equipo de salud, con una actitud ética, responsable y comprometida”.

Audisio S. y Vitelleschi (2017) agregan también la noción de coordinador. Este tiene un rol muy importante ya que organiza y mantiene y la comunicación con el equipo tratante, la familia del paciente, y el mismo paciente de ser necesario. Además es una persona dinámica con la capacidad de poder supervisar situaciones en el momento, ofreciéndose como moderador y ordenador de las diferentes situaciones que surjan durante el transcurso del acompañamiento. De esta manera el coordinador será un agente mediador, contenedor de situaciones, ya sea con el paciente, con su familia o con el/los acompañante/s. También servirán como ley y como respaldo para las intervenciones de el/los acompañante/s. Entre sus funciones las autoras mencionan:

- Evalúa que a.t. seleccionar según el perfil del paciente. Es decir se tiene en cuenta la singularidad de cada sujeto.
- Arma el encuadre de trabajo junto al a.t.

- Establece junto al equipo tratante o la institución, la estrategia, los alcances y límites de la función del a.t. Plantea revisiones o necesidades dependiendo de la demanda del dispositivo de a.t.
- Mantiene una comunicación diaria con el o los acompañantes a través de informes o reuniones de supervisión de ser necesario.
- Es el nexo con el paciente cuando este necesita comunicarse con el a.t. por fuera del horario laboral. Se encuentra disponible para ofrecer respuestas a las distintas inquietudes

En efecto las autoras también definen supervisión como un espacio donde se supervisa al paciente, sus dichos, conductas y silencios; al acompañante en sus intervenciones y consultas. Se realizan reuniones para actualizar aquellos aspectos que surgen de la evolución del paciente y para revisar los puntos ciegos y las resistencias inconscientes del A.T., aportándole un espacio para trabajar ansiedades, consultas y preguntas por parte del a.t. La supervisión puede llevarse a cabo de manera individual o grupal.

No obstante el a.t. al vincularse con el paciente le suceden emociones (ansiedades, angustias, identificaciones, temores, fantasías, resistencias, defensas) que deben ser supervisadas para poder discernirlas y evitar actuarlas en el vínculo con el paciente. Será el coordinador quien brinde un espacio de supervisión, a fin de trabajar estos aspectos durante todo el proceso. (Audisio S. y Vitelleschi B., 2017, p. 46).

Parafraseando a las autoras se puede decir que de este modo el supervisor aportará la lectura de los aspectos que el paciente transfiere en cada a.t. y brindará un espacio para pensar y replantear las intervenciones y estrategias que respeten la singularidad del A.T., pero que contengan la estrategia de intervención en relación con el objetivo del acompañamiento.

Finalizando, en relación con la escritura en el acompañamiento terapéutico las autoras Audisio S. y Vitelleschi B. (2017) aluden que ésta cumple un papel fundamental, ya que permite volver reflexivamente sobre lo hecho, sirve como vía para la crítica y la reformulación de la práctica. También la redacción promueve el momento donde el acompañante puede revisar su posición respecto del paciente. En este sentido, el relato en primera persona es fundamental; es una voz comprometida desde la acción que transmite para

comunicar, revisar y ser revisada. Se propone la escritura como recurso y herramienta de trabajo en el acompañamiento terapéutico. Así mismo, el análisis personal, brindará una investigación más exhaustiva y particular, que aportará al acompañante un mejor ejercicio de su práctica.

Caso Clínico

Benjamín comienza su recorrido educativo a los 3 años en un jardín del Estado cerca de su casa. Luego en sala de 4 lo cambian de jardín. Cuando ingresa, la docente observa que no tiene lenguaje (ni siquiera pequeñas palabras). Tampoco tenía hábitos incorporados (colgar su mochila, preparar el desayuno, lavarse las manos, guardar los elementos utilizados, etc.). Presentaba conductas disruptivas (pegar a sus docentes y/o compañeros, morder a sus compañeros, trepar muebles, escapar, correr, romper elementos, etc.). Con respecto al juego lo único que llamaba su interés eran los bloques o daquis para construir.

Por otro lado, en los momentos que ya no quería estar más en la sala, agarraba su mochila y se ponía a gritar. Además no respondía al nombre.

Luego de recabar y registrar todo lo observado se cita a los padres para conversar. Estos se encontraban separados. El padre no estaba muy presente en la crianza del niño. La madre era policía y al estar casi todo el día fuera de su casa trabajando, el niño se quedaba al cuidado de su abuela. En la reunión les comentaron todo lo observado y notaron que los padres no se sorprendieron y que no tuvieron intenciones de averiguar de qué manera ayudar el niño (en un primer momento).

Al observar que el niño seguía presentando estas conductas, a las pocas semanas vuelven a citar a la familia y recomiendan la intervención de un acompañante terapéutico y sugieren que empiece el espacio de fonoaudiología y terapia ocupacional.

Los padres llevan al niño a una consulta con un neurólogo y luego de realizar todos los estudios necesarios es diagnosticado con TEA. Se les indica a los padres que el niño empiece cuanto antes los espacios de fonoaudiología y terapia ocupacional. Y que se incorpore un acompañante terapéutico en el jardín.

Conclusión

Luego del recorrido realizado y al analizar la teoría en conjunto con el caso clínico puedo concluir que fue de suma importancia la incorporación de un acompañante terapéutico en el caso de este niño con TEA. Se evidenciaron cambios notables en su conducta, en la comunicación, en los hábitos y en la forma de vincularse. También resaltar lo significativo que hubiese sido si la acompañante hubiese contado con una coordinación o un espacio de supervisión donde poder reflexionar, pensar y rever objetivos, intervenciones y estrategias de trabajo. No solo pensando en la parte significativa que hubiese sido para este caso sino en la parte ética de nuestra profesión, cumplir con un espacio de supervisión se encuentra dentro de las normas éticas que rigen nuestro trabajo profesional. De todas formas, la incorporación de la acompañante benefició el trayecto de este niño en el jardín, acompañándolo en el proceso junto a la docente, los terapeutas, la institución y la familia.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical of mental disorders (4th ed) Washington,DC: Author

American Psychiatric Association.(2013). Manual diagnóstico de los trastornos mentales (5º ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Audisio S. y Vitelleschi, B. (2017). El Acompañamiento Terapéutico en la clínica de lo cotidiano. Ed. Bonum.

Boletín Oficial de la República Argentina (2006, 14 de diciembre). Ley de Educación Nacional 26.206.

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-de-educ-nac-58ac89392ea4c.pdf>

Boletín Oficial de la República Argentina. Resolución 1014/14 (2014, 30 de junio). <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/06/Reso-1014-14-DGCyE.pdf>

Dragotto, P y Frank , M.L. (2016). El ejercicio de la profesión del acompañamiento Terapéutico y del psicólogo. Cap 4 {s./.:s.n.}

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*,, 2, (217250). Traducido por Teresa Sanz Vicario.

Kuras de Mauer y Resnizky (2004). Acompañantes Terapéuticos Actualización teórico-clínica. Letra Viva.

Rossi, G.(2007) Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores . 1º ed. Buenos aires: Polemos,

Rossi, G. (2011) Usos y variaciones del encuadre en el AT. Publicado en:

E -book AT: conexaos clínicas, Alex T. Da Silva (org) Brasil

Tendlarz, S. & Bayon,P. (2020) .¿Qué es el autismo? Infancia y psicoanálisis { Version no disponible} .Gramam Ediciones

Usobiaga, E. (2005). El encuadre y psicoanálisis *Norte de Salud Mental*, 23, ,47-52. Bilbao.

Verdugo Alonso, M.A. (2004). De la segregación a la inclusión escolar. *Revista Virtual Canal Down21*. Universidad de Salamanca, Facultad de psicología

Anexo

Entrevista

El profesional tratante, en este caso el neurólogo, indica el acompañamiento terapéutico en el jardín del niño de lunes a viernes 4 horas diarias. Así en el mes de junio se incorpora Patricia como acompañante de Benjamín.

A continuación se presentará la entrevista realizada a la docente del niño:

Datos de la entrevista

Día de la entrevista: 21 de mayo

Hora de la entrevista: 10:15 a.m.

Lugar de realización: Bernal, Buenos Aires.

Datos de la persona entrevistada

Nombre: Ana

Edad: 36

Profesión: Docente

Entrevista

¿En qué año fuiste la docente de Benjamín? En el año 2019.

¿Estuviste de acuerdo con el pedido de incorporación de un acompañante terapéutico? ¿Por qué?

Estuvimos de acuerdo todos menos los papas, que en realidad no sé si se negaban o estaban desorientados, como que no sabían lo que tenían que hacer, Estuvimos de acuerdo porque el nene no tenía hábitos, no tenía conductas de nada, no se sentaba, no desayunaba (si traía galletitas las tiraba), se trepaba a los muebles, las únicas palabras que decía era mamá y mochila. Todo esto lo observamos cuando empezó el año por eso dijimos necesita un acompañante terapéutico.

En base a tu observación ¿De qué manera la acompañante pudo establecer un vínculo con el niño?

Tuvo un buen vínculo porque la chica afectuosamente trató de involucrarse y él como que la buscaba. El nene la reconocía y ella como que todo el tiempo estaba con él para ayudarlo como por ejemplo a que permanezca sentado, se sentaba a su lado. También ayudaba a organizarlo. Al principio costó porque el nene no dejaba que lo agarren de la mano, que se acerquen pero fue un proceso, después de un tiempo la acompañante pudo establecer el vínculo con el nene.

Para establecer los objetivos del acompañamiento ¿Se establecieron reuniones o encuentros entre los profesionales intervinientes, a.t., y escuela?

Cuando empezamos con la idea del acompañamiento tuvimos reunión con los papás. En una de esas reuniones los papás nos mencionan que habían averiguado para mandarlo al fonoaudiólogo. Después de un tiempo se hizo una reunión con el fonoaudiólogo en donde se habló y nos dio algunas indicaciones de como manejarnos respecto a la comunicación con el nene. También se hicieron reuniones permanentes con la acompañante para establecer objetivos y orientarla cuando era necesario, ya que los padres la habían contratado de manera particular y no venía de ningún centro ni tampoco tenía una coordinación para que la guíe.

¿En qué áreas consideras que se evidenciaron cambios? ¿A qué crees que se deben los mismos?

Hubo cambios en los hábitos (por ejemplo sentarse, desayunar, sacar sus cosas, reconocer sus pertenencias), en el lenguaje, en la permanencia (al principio no se sentaba a escuchar un cuento y después sí pero debían ser cuentos que tengan títeres o que tengan dibujos grandes o capaz que te disfraces y lo cuentos y capaz ahí le llamaba la atención), en el juego pero solo en el juego de construcción ya que si le proponías un juego dramático no jugaba porque no le interesaba o no lo comprendía pero si era de construcción sí, el te podía armar un montón de cosas. En la ronda logró permanecer después de un tiempo con la ayuda de la acompañante que se sentaba junto a él pero se distraía muy fácil, se enojaba y se iba. En el juego con otro si veía que los nenes estaban jugando a algo él iba y le tiraba todas las cosas y se iba. Todos estos cambios fueron un proceso en donde la acompañante lo ayudó un montón porque tenía a alguien para él que lo guiaba. Entonces por ejemplo

para sentarse le mostraba cómo y dónde hasta que lo logró. Después le marcábamos muchos sus cosas, esta es tu mochila, tu mantel, tu taza, para viera los elementos y los reconozca ya que hasta el momento solo reconoció su mochila. También le empezamos a anticipar con imágenes lo que íbamos a hacer.

Con respecto al área de comunicación ¿Qué cambios observaste?

Que podía expresarse más, no con palabras pero sí con expresiones, agarrarte de la mano y llevarte hasta lo que quería, empezar a decir algunas monosílabas, tratando de hacerse entender que al principio no lo hacía. Creo que ayudó mucho también las sesiones con el fonoaudiólogo.

En relación a lo conductual ¿Fue beneficioso que cuente con una acompañante dentro del jardín?

Sí, porque lo ayudó a organizarse en las rutinas sobre todo que el nene no tenía nada de eso. En la conducta también porque antes se tiraba al piso, golpeaba la puerta, se trepaba a los muebles cuando se enojaba. Con el tiempo dejó de hacer estas conductas gracias a la contención y el acompañamiento de la acompañante.

Para finalizar, en tu opinión ¿Tuvo importancia la incorporación de un acompañante terapéutico en el momento que lo indicaron?

Para mí sí, un montón. El nene tuvo muchos cambios desde que empezó a trabajar con la acompañante. Es más, si la chica hubiese tenido algún tipo de orientación por parte de un centro o alguien que la coordine hubiesen sido aún más los cambios a mi consideración. Pero si, fue muy beneficiosa la incorporación de la a.t.