



UGR Universidad
del Gran Rosario

TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**Título: “EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO COMO ANDAMIAJE EN EL
EMPLEO DE LA EQUINOTERAPIA PARA LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL DE
NIÑOS/AS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA”**

Autor:

Reina, Cecilia Anabel – DNI 28210192

Tutora:

Lic. Escalante, Sol

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

13/05/2024

Firma autor

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	5
MARCO TEÓRICO RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	6
EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SUS COMORBILIDADES.....	7
HISTORICIDAD DE LA EQUINOTERAPIA.....	9
LA EQUINOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA.....	11
LA TRAMA VINCULAR AT- ACOMPAÑADO.....	13
EL ACOMPAÑANTE TERAPEÚTICO COMO DISPOSITIVO.....	14
LA TRASCENDENCIA EN LA INTERVENCIÓN DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO:.....	16
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

RESUMEN

Para el presente trabajo de grado, se tiene la intención de realizar una recopilación de datos en base al Acompañamiento Terapéutico, como dispositivo en el campo de la equinoterapia en niños con TEA.

Pensando en la clínica del Acompañante Terapéutico y los nuevos espacios de intervención (AT) donde ya no quedan delimitados exclusivamente al ámbito escolar y/o centros de salud, paulatinamente se presentan otros espacios de acción y abordaje que requieren de la intervención del AT.

El Acompañamiento Terapéutico tanto como experiencia intersubjetiva es un "devenir en movimiento y de interacción con un otro" (pág 64) que en el caso específico de los niños/as con Trastorno del Espectro Autista, la equinoterapia se presenta como una alternativa que ha demostrado ser beneficiosa para mejorar las habilidades sociales y de comunicación. Siendo que tiene un impacto emocional significativamente positivo en niños con TEA, ya que, a través de la interacción con los caballos, los niños pueden experimentar una reducción de la ansiedad, un aumento en la confianza en sí mismos, una mejora en la autorregulación emocional y una vía de expresión emocional, lo que contribuye a su bienestar emocional y al desarrollo de habilidades sociales.

De esta manera, la interacción entre terapeuta - usuario genera una dinámica facilitando el lazo social.

INTRODUCCIÓN

La selección del tema se produce en función de conocer cómo esta alternativa terapéutica se enlaza con la adhesión del AT. Teniendo presente que en las últimas décadas se ha observado un aumento en el número de casos diagnosticados de personas con Trastorno del Espectro Autista (a partir de este momento, TEA). Esta tendencia en alza puede atribuirse a una multiplicidad de factores como ser; a la conciencia social, a la importancia de la detección temprana, a la ampliación de los criterios diagnósticos, a las mejoras en la investigación y la evaluación. No obstante, es importante destacar que el aumento en los diagnósticos del TEA no necesariamente indica un aumento real en la incidencia del trastorno en sí, sino más bien una mayor capacidad de identificación y conciencia.

Para la mejora de la calidad de vida de los niños y niñas autistas, cobran especial importancia las terapias pues pueden ayudar a los individuos a desarrollar habilidades y estrategias para mejorar su comunicación, las habilidades sociales, la autonomía, la regulación emocional y la adaptación a situaciones cotidianas.

Al desarrollar habilidades de comunicación y adaptación, se promueve su inclusión en entornos diversos, entre los que se visualiza un creciente interés en el uso de terapias alternativas y complementarias para mejorar la calidad de vida de personas, como es el TEA. Entre estas terapias, la equinoterapia ha emergido como una intervención prometedora debido a su potencial para proporcionar estimulación sensorial, la regulación emocional y la mejora de la calidad de vida de niños y niñas con TEA.

Así mismo, cada espacio de intervención terapéutica tiene una estructura, un funcionamiento interno... Esto los hace particulares en sí mismo y propone una dinámica diferente de los pacientes. Les ofrece un medio en el cual la cotidianidad contará con distintos tonos. (pág 80 Audisio Vitalechi).

OBJETIVO GENERAL

- Indagar sobre la relevancia de la intervención del Acompañante Terapéutico en el empleo de la equinoterapia para la estimulación sensorial de niños/as con Trastornos del Espectro Autista.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar qué aspectos se ven fortalecidos con la incorporación del Acompañante terapéutico.

MARCO TEÓRICO: RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

El concepto inicial de autismo se introdujo hace más de un siglo como un síntoma específico de la esquizofrenia. Desde entonces, el autismo se ha ido reconociendo gradualmente como un trastorno del neurodesarrollo. Además, la percepción del autismo ha cambiado con el correr del tiempo acompañado por numerosas investigaciones, pasando de ser un problema psicológico causado por una mala crianza a un trastorno del neurodesarrollo con un marcado carácter biológico causado por factores genéticos y ambientales.

El autismo como tal, fue reconocido en 1980 por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales como un trastorno del desarrollo. Actualmente va por su 5ª edición (DSM-5), actualizada en 2013. Los criterios de diagnóstico se han ampliado para incluir síntomas más leves, como en el caso del síndrome de Asperger. El DSM-5 ya no distingue subcategorías del trastorno del espectro autista: analiza los déficits en las interacciones sociales y los comportamientos repetitivos.

Pero en sus inicios en el siglo XVI, Johannes Mathesius (1504-1565), cronista del monje alemán Martin Lutero (1483-1546), describe a un niño de 12 años que exhibía características que hoy en día podríamos asociar con el autismo. Sin embargo, en esa época, este comportamiento se interpretó de manera muy diferente, y se consideró que el niño carecía de alma, atribuyendo su condición a una posesión diabólica. El primer uso del término "autismo" en la literatura médica se atribuye al autor Eugen Bleuler (1857-1939), que empleó este término para describir un conjunto de psicosis esquizofrénicas que compartían ciertos mecanismos psicopatológicos. Al relacionar el autismo con un trastorno mental, la esquizofrenia, Bleuler destacó la limitación en las relaciones con las personas y el mundo externo.

En el año 1923, el psicólogo suizo Carl Gustav Jung presentó los conceptos de personalidad extrovertida e introvertida, lo que representó una expansión del enfoque psicoanalítico establecido por Sigmund Freud. En este contexto, las personas autistas se caracterizan como individuos introvertidos, que se sumergen en su mundo interior y encuentran satisfacción en la soledad.

Además, esta forma extrema de introversión se relaciona en ese momento con algunas manifestaciones de esquizofrenia. Asimismo, desde las primeras descripciones de los "Trastornos del Espectro Autista" realizadas por los psiquiatras Leo Kanner en 1943 y Hans Asperger en 1944, ha habido un continuo avance en el conocimiento. En un principio, el autismo se consideró como uno de los cinco tipos de "Trastornos Generalizados del Desarrollo" (TGD) según el Manual de 9 Trastornos Mentales: DSM-IV (APA, 1994). Estos incluían el Síndrome de Asperger, Trastorno Autista, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno del Desarrollo no Trastorno Autista, Trastorno

Desintegrativo Infantil, Trastorno del Desarrollo no Específico y el Síndrome de Rett (Balbuena, 2008, p.66).

A lo largo de los años, se han propuesto diversas hipótesis sobre las causas de estos trastornos, como teorías relacionadas con factores hereditarios, cromosómicos, bioquímicos y ambientales. También se han establecido conexiones entre el TEA y varias enfermedades, como la rubéola o la celiaquía, así como la ausencia de ciertas enzimas. Sin embargo, ninguna de estas hipótesis ha sido respaldada por evidencia científica sólida ni puede explicar todos los casos.

En 1943, el Dr. Leo Kanner sugirió erróneamente que el autismo estaba relacionado con madres frías y distantes, lo que generó sentimientos de culpa, enfado y desconcierto en las familias. No obstante, en las décadas de 1960 y 1970, Bruno Bettelheim y el Dr. Bernard Rimland desafiaron esta interpretación incorrecta y Rimland demostró a la comunidad médica que el autismo era un trastorno de origen biológico.

Por lo tanto, queda claro que el autismo no es resultado de las acciones o hábitos de los padres, ni de la educación proporcionada en el entorno familiar o social (Piso, 2018, p.9).

Tras todo lo anterior, se requirieron varios años de investigación antes de que el autismo fuera oficialmente reconocido en 1980 en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

El Trastorno del Espectro Autista, es un trastorno del neurodesarrollo que afecta la forma en que una persona percibe y se relaciona con el mundo que le rodea. Se caracteriza por dificultades en la comunicación social, patrones de comportamiento repetitivo y restrictivo.

EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SUS COMORBILIDADES

Conocer y reconocer la comorbilidad del Trastorno del espectro autista abre una dimensión diferente para la atención de las personas que tienen dicho trastorno.

Entendiendo a la comorbilidad como la presencia de dos o más condiciones simultáneas, esta implica un funcionamiento diferente y único a cada persona

- Déficits persistentes en comunicación e interacción social a lo largo de diferentes contextos, que no se explica por retrasos evolutivos de carácter general, y se manifiesta en todos los síntomas siguientes:

- Dificultades en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones, pasando por un reducido interés por

compartir intereses, emociones y afecto y responder a ellos, hasta una falta total de iniciativa en la interacción social.

- Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que van desde mostrar una marcada dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales, pasando por anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal, y déficits en comprender y usar la comunicación no verbal, hasta una falta total de expresividad emocional o gestual.

- Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores); rango de comportamientos que van desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y hacer amigos hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

- Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores); rango de comportamientos que van desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y hacer amigos hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

- Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios (ej., rituales motores, insistencia en comer siempre lo mismo o seguir siempre el mismo camino, preguntas repetitivas o malestar extremo ante pequeños cambios).

- Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor, calor/frío, respuesta aversiva a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Como se pudo observar, el TEA ha pasado por diversos “borradores” que fueron dando forma a la conceptualización vigente. Pero a lo largo de su historia se han ido incorporando innumerables terapias con el objetivo de ampliar los tratamientos actuales que buscan reducir el modo en que interfieren estas comorbilidades en el funcionamiento diario y la calidad de vida.

El TEA afecta a cada persona de manera distinta, lo que significa que las personas con TEA tienen fortalezas y desafíos únicos y distintas necesidades de tratamiento. Por lo tanto, los planes de tratamiento generalmente incluyen varios profesionales y son adaptados a la persona.

Los tratamientos se pueden dar en entornos de educación, de salud, de la comunidad, en el hogar, o en una combinación de entornos. Es importante que los proveedores se comuniquen entre ellos, y con la persona con TEA y su familia para

garantizar que las metas y el progreso del tratamiento estén cumpliendo con las expectativas.

Entre los profesionales que intervienen en los últimos años, se han incorporados los Acompañantes terapéuticos que actúa como andamiaje entre el paciente y el caballo. Pérez y otros, (2013) mencionan que “La equinoterapia no constituye la cura del autismo, sino una oportunidad inigualable para ofrecerle al niño actividades científicamente organizadas, orientadas a estimular su desarrollo y contacto con el medio”. Asimismo, hacen mención de que el autismo de concepto es una enfermedad para toda la vida, al destacar que han demostrado sin lugar a duda que una adecuada estimulación especialmente precoz permite el desarrollo de habilidades que mejoran el desempeño funcional del niño autista.

HISTORICIDAD DE LA EQUINOTERAPIA

Históricamente, los primeros registros en relación a la temática se pueden encontrar con Hipócrates, quien fue conocido como el padre de la medicina, fue un médico griego (469-399 AC), entre sus numerosas obras se pueden encontrar LAS DIETAS en la que promovía el empleo de la equitación en pos de regenerar la salud y preservar el cuerpo humano de muchas dolencias sobre el tratamiento del insomnio.

Posteriormente, fueron numerosos los médicos que hicieron sus aportes como ser Asclepiades de Prusia, médico griego (124-40 a.C.), opinaba que la equitación era beneficiosa para enfermos de gota, epilepsia, parálisis, apoplejía, letárgicos y frenéticos Claudio Galeno, médico griego (129-199), que representa la máxima expresión de la medicina greco-romana y médico del Emperador Marco Aurelio, recomendaba la práctica de la equitación para que su paciente, Marco, desempeñará sus funciones con mayor agilidad y rapidez.

Entre los siglos XV y XVI Jerónimo Mercuriales. Filólogo y médico italiano (1530-1606) famoso por su obra “De Arte Gymnastica” (El Arte de la Gimnasia) publicada en 1569, entró en la historia de la equinoterapia por el solo sencillo hecho de citar en su libro una afirmación de Galeno: “La equitación no solo ejercita el cuerpo, sino también los sentidos”.

Thomas Sydenham, médico inglés (1624-1689) sugería la equitación como un tratamiento sumamente apropiado para la tuberculosis, cólico biliar y flatulencias, llegando al extremo de poner a disposición de sus pacientes los caballos que tenía.

Si bien fueron numerosos los médicos y científicos que realizaron sus aportes a lo que hoy conocemos como una terapia como ser Joseph Clement Tissot, médico francés (1750-1826) en su libro “Gymnastique medicinale et chirurgicale” (Gimnástica médica y quirúrgica), trató en forma exhaustiva los efectos de la equitación y, además, explicó los perjuicios de la práctica excesiva de esta actividad. Sostuvo, que, con

respecto al montar a caballo, existen tres formas de movimientos: activa, pasiva y activa -pasiva, estudiando los andares del caballo, que lo llevó a recomendar el paso como el más eficaz desde el punto de vista terapéutico.

Giuseppe Benvenuti, Charles Marie E. Chassaignac, médico francés (1805-1879) utilizó la palabra “alternativa terapéutica” En el año 1901 fue fundado en África del Sur, el Hospital Ortopédico de Oswentry, primer hospital del mundo en su especialidad, para prestar atención a la gran cantidad de heridos como resultado de la Guerra de los Boers. Para proporcionar una distracción a los pacientes, resolvió llevar sus caballos para que practiquen equitación. Esto constituye la primera actividad ecuestre relacionada con un hospital, que se tenga noticia.

En el año 1917, en el Hospital Universitario de Oxford, Inglaterra, comenzaron sus actividades ecuestres.

Después de la I Guerra Mundial el caballo empezó a ser empleado definitivamente en los tratamientos de rehabilitación en los soldados con secuelas de dicha guerra. Los países escandinavos fueron los primeros en emplear la equinoterapia, habiendo obtenido buenos resultados con ella. Esto promovió la creación de otros centros de atención en Alemania, Francia e Inglaterra.

La Dra. Collete Picart Trintelin presentó en el año 1972 su tesis de doctorado en equinoterapia, siendo la primera en su género en el mundo, en la Universidad de París, en Val-de-Marne.

En el año 1985 se creó en Italia la Federación Internacional de Equinoterapia, con sede actual en Bélgica.

En nuestro país, actualmente, en la Argentina hay más de 400 centros donde se realiza esta actividad, impulsados por la Red Argentina de Equinoterapia.

Dentro de la amplia gama de terapias que actualmente se relacionan a los niños con TEA, la Equinoterapia ha ido ganando espacio y reconocimiento de los sectores involucrados y con ella también el personal terapéutico que interviene en cada caso desde su particularidad.

LA EQUINOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

La equinoterapia actualmente es considerada como una modalidad de terapia que utiliza el contacto y la interacción con los caballos como medio para el desarrollo físico, emocional y cognitivo de los niños.

Esta terapia se basa en la premisa de que el caballo, como ser vivo, proporciona una serie de estímulos sensoriales y emocionales que pueden ser beneficiosos para el proceso terapéutico (p.16-19).

Esta modalidad de terapias asistidas con caballos se ha utilizado durante siglos como una forma de rehabilitación y tratamiento para diversas condiciones médicas (trastornos del espectro autista, parálisis cerebral, síndrome de Down, retraso en el desarrollo, trastornos de la comunicación, trastornos del comportamiento y otras condiciones físicas y emocionales).

El crecimiento constante de las terapias ecuestres y su progresiva profesionalización han llevado a su reconocimiento por parte de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en sus últimas recomendaciones incluye la equitación como una actividad deportiva beneficiosa para personas con patologías físicas, psíquicas y sociales (Piso, 2018, p.14-19).

Asimismo, la equinoterapia como terapia se basa en diferentes fundamentos: Uno de ellos es el estímulo sensorial que proporciona el contacto con el caballo. El movimiento tridimensional y rítmico del caballo al caminar estimula el sistema vestibular del niño, que está relacionado con el equilibrio, la coordinación y la percepción espacial.

Además, el contacto con la piel del caballo, su temperatura y textura, estimulan el sentido del tacto y promueven la regulación sensorial.

De este modo, el movimiento tridimensional del caballo desencadena reacciones de enderezamiento y equilibrio absorbidas por la musculatura abdominal, para vertebral y del glúteo medio del niño (principal estabilizador de la cadera y la columna) siendo beneficiosa no sólo para sujetos con TEA, sino cualquier otro tipo de trastorno del neurodesarrollo como podría ser la parálisis.

La postura de un niño con parálisis al montar a caballo durante las terapias ecuestres, pues sobre el caballo, su sistema nervioso y muscular se relaja, mejorando la posición de su espalda. Además, los movimientos suaves y oscilantes del caballo contribuyen a aflojar músculos tensos y mejorar la movilidad de la espalda, por lo que la Terapeuta, en este caso, una servidora, sirve de soporte del menor y le ayuda a desinhibirse de la silla en la que se pasa gran parte del tiempo.

La postura de la columna vertebral es de gran importancia en el día a día de los niños por varias razones: la columna vertebral está en constante desarrollo durante la

infancia y la adolescencia. Mantener una postura adecuada es fundamental para asegurar un crecimiento y desarrollo saludable de la columna.

Por el contrario, una mala postura en la infancia puede llevar a problemas de salud a largo plazo, como escoliosis, dolor de espalda crónico y deformidades de la columna vertebral. Fomentar una buena postura desde una edad temprana puede ayudar a prevenir estas afecciones y mejorar o corregir patologías derivadas del uso de la silla de ruedas.

La postura también puede influir en el bienestar emocional de los niños. Una postura erguida tiende a estar asociada con la confianza y la autoestima, mientras que una postura encorvada puede transmitir una sensación de inseguridad. Promover una buena postura puede ayudar a la autoimagen y a la autoconfianza de los niños.

La relación terapéutica que se establece entre el niño/a y el caballo, así como con el equipo de terapeutas es única y beneficiosa, ya que el caballo es un ser vivo que el niño puede establecer una conexión emocional y un vínculo de confianza a diferencia de otras terapias a las que asista. Esta relación terapéutica ayuda al niño a desarrollar habilidades sociales, mejorar su autoestima y aumentar su motivación para participar en el proceso terapéutico.

Las terapias dirigidas a personas con TEA aportan beneficios a todos los ámbitos, pero especialmente están indicadas para potenciar los ámbitos psicológicos y emocionales. (pág 61).

Dentro de los beneficios de la equinoterapia tenemos los físicos tales como la mejora de la postura, del tono muscular, mejora del sistema nervioso central, otros psicoterapéuticos como mejora en la memoria, retención y cumplimiento de órdenes, mejoras en el lenguaje oral y corporal, mejor disposición y tolerancia para las terapias, mejoras en la interacción familiar y con el equipo terapeuta, mejoras en la atención y el sostenimiento de la mirada, autocontrol de las emociones, mejoras en la conversación con otras personas, entre las principales.

Por lo tanto, como herramienta terapéutica, la intervención del AT oficia de mediador en el restablecimiento de lazos sociales, contiene al paciente en situaciones de crisis, ofrece un espacio de diálogo donde la problemática a resolver puede encauzarse a través de la palabra, estimula, comparte, sostiene al paciente en su singularidad, promueve la reinserción social por medio de diferentes actividades recreativas.

El acompañante terapéutico es el único miembro del equipo que aborda y circula por los distintos espacios del sujeto que acompaña.

LA TRAMA VINCULAR AT- ACOMPAÑADO

A lo largo de la historia del AT, los encuadres, la institucionalización, han jerarquizado y ordenado el ejercicio profesional paulatinamente se marcaron bordes y delimitaron fronteras que permitieron darle forma a la profesionalización.

Hubo cuatro conceptos que vertebran la trayectoria de los Acompañantes Terapéuticos Y son:

- *Un enfoque psicodinámico:* La reclusión, acompañada fuertemente por la medicalización, los diagnósticos determinantes y alienantes, necesitaron de innumerables intervenciones con un fuerte compromiso en la "desmanicomialización".

Pensando en un modelo abierto de la Salud mental, ligado al carácter abierto y cambiante de la intervención. Paulatinamente se emplearon dispositivos clínicos con múltiples abordajes.

- *el AT como dispositivo:* Para hacer referencia al término DISPOSITIVO parafraseando a Michel Foucault, se refiere al entramado de una serie de prácticas y de mecanismos con el fin de conseguir un objeto.

Así es como el concepto de "dispositivo" ha permitido redimensionar el acompañamiento.

- *Equipo terapéutico:* La construcción, el despliegue y la disolución del vínculo transferencial operan con diferencias sustanciales, gestándose modalidades transferenciales funcionales. Sin olvidar que el acompañamiento es esencialmente un espacio vincular.
- *Fraternizar la escucha:* Como sucede que en los espacios psicoanalistas suelen reeditarse los vínculos, por ejemplo; paterno- filiales, lo mismo sucede con el Acompañamiento, en su interacción con el At, se habla de fraternizar la escucha debido a la proximidad, es primordial enfatizar en el intercambio horizontal que produce modos de subjetivación enriquecedores, pero también es importante que el profesional cuente con la supervisión necesaria.

Berenstein sostiene que el vínculo se origina como un intento por resolver una falta y que requiere de la relación entre un yo y otro donde su presencia sea imprescindible para la construcción de la realidad psíquica vincular.

La lógica vincular en este sentido propone un modelo de aparato psíquico con un triple registro, de tres espacios y se refieren a la representación mental.

- subjetivo: relación del yo con sí mismo con su cuerpo y sus pulsiones.
- Intersubjetivo: representación inconsciente del otro donde hay acuerdo y pactos.
- Transubjetivo: Representación del mundo externo real, en una dimensión real y psíquica.

Y es aquí, desde esta perspectiva donde se incluye al At, ya que este realiza la lectura desde estos tres espacios, subjetiva, intersubjetiva y transubjetivo que les permita a los equipos transdisciplinarios avanzar en el tratamiento y cuando nos referimos a “avanzar”, referenciamos a la ampliación, corte o modificación de terapias, como en el caso de los niños con TEA cuando se llega al espacio conocido como “terapias asistida con animales” es el AT quien media entre el niño y el animal.

Generalmente cuando se inicia un acompañamiento, el At se encuentra con una persona cuya subjetividad está en riesgo, esto produce estados de indefensión, miedo, temor desamparo que parece enquistarse dando lugar a diversos síntomas afectando su sociabilidad y su identidad individual colectiva.

El sujeto acompañado se siente muy solo, aislado encerrado en sí mismo renunciado al apuntalamiento de su cultura y de sus vínculos, no tiene grupo de pertenencia, ni de referencia, construye normas propias de vinculación y de comportamiento, se ha disgregado del entorno social. Sus vínculos son fragmentarios, inestables y frágiles (Frank, 2011).

De esta manera cuando se habla de vínculo se le atribuyen cuatro características desde la perspectiva del acompañante, en el comienzo del acompañamiento y son:

- El vínculo requiere de una comprometida presencia del otro.
- El otro vínculo debe ser considerado como semejante y diferente.
- El vínculo con el otro no tiene un efecto transformador.
- Este tipo de vínculo se inscribe en la línea de lo fraterno.

La presencia del AT, implica un corte, entre lo que antecede y un nuevo inicio a partir de una nueva mirada, de una nueva legalidad cuando la subjetividad está en juego el profesional se ve obligado a crear nuevas intervenciones que sean eficaces frente al sufrimiento subjetivo.

El At propone al sujeto transitar con él su vida cotidiana y gestar un vínculo horizontal, un ligamento fraterno basado en la aceptación de las diferencias, de las características particularmente de cada uno. (Resnizky, 2011).

En este sentido es de vital importancia que, para poder ampliar el abordaje terapéutico de niños con TEA, en el campo de la equinoterapia, primordialmente se debe gestar el vínculo AT- SUJETO, es impensable sugerir la ampliación a nuevas intervenciones en diferentes espacios terapéuticos si este vínculo no se gesto.

EL ACOMPAÑANTE TERAPEÚTICO COMO DISPOSITIVO

Generalmente se piensa a los dispositivos como montajes complejos construcciones conjuntas;

EQUIPO TRATANTE - PACIENTE

Donde el vínculo es el que va haciendo que aparezcan las diferentes figuras del dispositivo. Es desde esta perspectiva que aparece la variación de los dispositivos como variación en la aparición de la subjetividad.

El dispositivo es una construcción con el paciente promueve la creatividad, la regla consiste en construir, los dispositivos pueden considerarse entonces como una diversidad de instrumentos a disposición del equipo tratante dentro del marco estipulado, favoreciendo de esta manera las condiciones de simbolización y subjetivación aptas para el despliegue del trabajo psíquico (Resnizky, Kuras, M 2013).

Por lo tanto, el dispositivo de AT es una construcción conjunta, es decir, es un producto del vínculo, que, a diferencia del encuadre, no lo precede (Resnizky, 2016), Partiendo de lo expuesto hasta aquí, algunas de las características que se marcan son:

- El dispositivo de AT se construye en un entramado vincular, entre dos, en la vida cotidiana del sujeto.
- El encuentro entre el At y el acompañado tiene algo de inédito y por lo tanto está atravesado de innumerables variaciones por el contexto.
- El At promueve y exige un trabajo intersubjetivo desde la perspectiva vincular.
- El vínculo se establece como una potencia transformadora.
- El At arma los lazos desde diversas perspectivas, el lenguaje corporal, la comunicación emocional, el discurso, lo situacional, lo social, lo comunitario.

LA TRASCENDENCIA EN LA INTERVENCIÓN DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO:

Como se expuso, acompañar terapéuticamente es prestar una escucha activa, asistir en el hacer, estableciendo un vínculo que posibilita la creación de una alianza de trabajo.

En los diversos espacios en donde el AT interviene que desde sus inicios ha estado atravesado por los componentes sociales, culturales, económicos, etc. intentando establecer con los pacientes un vínculo reparador y/o constructivo, que les permita a los mismos la realización de sus máximas capacidades.

Esta Alianza es posible, si primordialmente, se tiene presente al acompañado como "sujeto de derecho", que, visto desde el ámbito de la salud, es un sujeto activo, pensante, protagonista de su hacer, ahí radica la importancia de la mirada del consultante como sujeto de derecho que además exige de lo interdisciplinario. (pág. 98).

Como en toda Alianza Terapéutica es primordial tener presente el concepto de "transferencia", Gustavo Rossi, habla de la importancia de la transferencia donde el acompañante aparecerá; sosteniendo situaciones, produciendo cortes, ordenando aspectos donde se visibilizan cuestiones transferenciales en juego, inevitables y muchas veces aprovechables, como vehículo de ciertas intervenciones.

Por lo que el AT pone de manifiesto la capacidad de empatía, o sea, la aptitud de coincidir con el otro, suscitando su interés y por lo tanto la convergencia, es imprescindible para el desempeño adecuado en esta tarea. Ese otro, en nuestro caso, el paciente, es alguien desbordado por varias cuestiones donde él AT asume su responsabilidad en el tratamiento, también va a estar sujeto por dos razones: por la frecuencia del vínculo y por el tipo de actividades que realiza, relacionada con la vida cotidiana del paciente, con su familia, con sus amigos, con su trabajo, o sea, su contexto.

Para contener al paciente, el acompañante necesita reconocer claramente su alteridad. La flexibilidad es la posibilidad de adecuarse a condiciones cambiantes sin perder de vista las pautas y el encuadre del trabajo.

El acompañamiento terapéutico como experiencia intersubjetiva es, sobre todo, un devenir en movimiento y en interacción con otro. Al acompañar se crea en el vínculo con el paciente en un espacio transicional, un espacio entre la desolación y la esperanza, entre la desconexión y la pertenencia. Entre el silencio estratégico y la palabra orientadora, discurre la experiencia de acompañar.

La relación de un paciente con su acompañante es un campo poblado de afectos y vivencias, que determinan, en gran medida, la riqueza de la interacción.

La gran ventaja del acompañamiento es que atiende al paciente en su vida cotidiana, en los procesos de institucionalización o reinserción, así como en tratamientos ambulatorios, en los traslados institucionales donde requiera ser acompañado o en situaciones de internación domiciliaria.

Es un dispositivo que está en permanente construcción y deconstrucción sin perder la especificidad de su rol.

Históricamente la figura del AT se ha configurado como parte de un equipo interdisciplinario, en este contexto uno de los roles más significativos es poder facilitar las herramientas necesarias con el objetivo ampliar, la recepción de la persona en su relación al animal, generando mayor independencia posible desde lo físico y la mayor posibilidad comunicativa desde lo social.

El Acompañamiento Terapéutico en este sentido es una práctica de entramado vincular, remite al vínculo con el otro, donde este vínculo tiene consecuencias transformadoras, es respetuoso de la individualidad del sujeto acompañado. Otorgando nuevos sentidos al dispositivo es así que la figura del AT ingresa como puente entre el animal y la persona que lo acompaña.

El trabajo del Acompañamiento exige del profesional un acercamiento que permite la apertura, la confianza del acompañado, sin esta como base, se hace imposible el proceso cotidiano terapéutico (Pág. 34).

Siendo así que el terapeuta de lo cotidiano construye diariamente en función a la subjetividad del Acompañado por lo que el At en el marco del espacio ecuestre tendrá presente la individualidad del sujeto como así también, conteniendo al paciente, prestando el yo, brindando en todo momento información para una mejor comprensión global para el paciente y a su vez actuando como agente socializador.

Está entre sus funciones el sostener el encuadre del tratamiento fuera de los espacios propiamente terapéuticos, mientras el paciente construye o reconstruye su red y/o se estabiliza en el tratamiento (Mauer & Resnizky, 2004). Al mismo tiempo, cumple una función de “andamiaje”, potenciando el desarrollo progresivo de las posibilidades del paciente. El AT representa una continuidad del tratamiento en la vida cotidiana, en el ámbito socio-comunitario, y utiliza los potenciales terapéuticos de esta cotidianidad para abrir el campo de intervenciones con el paciente (Rossi, 2007).

El acompañamiento también es una especie de madeja compuesta de fibras heterogéneas, desparejas. Un ovillo es algo que preanuncia más de un destino posible. Se presta, en cualquier caso, a hacer algo con él. Un ovillo, por ejemplo, es un abrigo en potencia. Tiene por delante la posibilidad de transformarse en algo nuevo. Pero la trama de la malla no está en el origen, hay que tejerla. (Kuras y Resnizky, 2011, p25-26).

CONCLUSION

El AT como dispositivo se ha desarrollado en Argentina desde hace aproximadamente medio siglo, con la finalidad de reducir posibles recaídas y hospitalizaciones, demostrando ser una herramienta fundamental para la reinserción social en pacientes. El AT como recurso ha permitido asistir en situaciones de crisis, operando sobre el contexto habitual de la persona y en el ámbito social.

Así mismo, se observa en la información consultada como la figura del AT ha ido ampliando su espacio de incumbencia en paralelo al cambio de paradigma y es allí donde encontramos la riqueza del acompañamiento.

El enfoque terapéutico está dirigido en la relación de la persona con el caballo, con el objetivo de establecer un vínculo emocional que permitirá la realización del paciente en otras áreas.

En este sentido, acompañar terapéuticamente implica posicionarse en un entramado en el que se conjugan saberes, experiencias, situaciones y modalidades vinculares que, en sus diversas y singulares articulaciones, conforman un espacio-sostén para habilitar la emergencia del sujeto. “Es decir que, más allá de adaptar la conducta del paciente, nuestra labor debe contribuir a que el mismo encuentre espacios y modos de insertar su singularidad en lo social” (Tarí y Dozza, 1995-96: 39).

Siendo el Acompañante terapéutico un pilar fundamental en el proceso esencial para que su abordaje en la equinoterapia sea una experiencia transformadora para la persona, actuando como andamiaje para obtener aquellas herramientas que le permitan desde la objetividad del sujeto.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arberas, C., N Ruggieri, V. (2019).Autismo: aspectos genéticos y biológicos. MEDICINA (Buenos Aires), 79(1), 16-21.

Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. Revista de la asociación Española de neuropsiquiatría, 27(2), 61-81.

Benito Sánchez,M.(2019). La equinoterapia como terapia complementaria para favorecer el desarrollo de personas con discapacidad intelectual: diseño de una propuesta de intervención. [Trabajo final de Grado. Universidad de Valladolid].
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/194253/BenitoS%c3%a1nchez-TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De Mauer, S. K., &Resnizky, S. (2021). *Acompañantes terapéuticos actualización teórico-clínica*. Letra Viva

F, Camacho (2021) CONSIDERACIONES INTEMPESTIVAS en el Acompañamiento Terapéutico, Letra viva.

Frank M y Bustos G (2011) (comp) Acompañamiento Terapéutico. Innovaciones en la clínica. Inscripción Institucional. Buenos Aires: Editorial Dunken.

Guerrero, C. C. (2018). *Equinoterapia (Color)*. Paidotribo.

Enrici, Elena (Psicóloga) Los beneficios de la equinoterapia para niños con autismo <https://www.terapiasalpaso.org/los-beneficios-de-la-equinoterapia-para-ninos-con-autismo/>

Kuras de Mauer, S. &Resnizky, S. (2003). *Acompañantes Terapéuticos: Actualización teórico clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.

Rossi, G. (2007). Acompañamiento terapéutico. *Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Vitelleschi,B & Audisio,S (2014) *El Acompañante Terapéutico en la clínica de lo cotidiano*.