



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

C.C.C de Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “El rol del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico dentro de un equipo interdisciplinario de Equinoterapia con niñeces; enfoque en trastorno del espectro autista (TEA)”

Autores:

Candia Vanesa - DNI 28663160

Costas Vanesa - DNI 31523595

Tutora:

Lic. Escalante María Sol

**Lugar:
Rosario**

Fecha de presentación : 27 /07/2026

“Acompáñame mientras voy siendo yo mismo...”. En esa premisa, la esencia del caballo y la fuerza sensible del licenciado en acompañamiento terapéutico se funden en un mismo sendero. Un lazo que sostiene sin reemplazar y camina a la par para visibilizar su inserción en áreas impensadas —allí donde antes habitaba la ausencia—, consolidando su rol al abrazar la paridad interdisciplinaria y culminando en el despertar soberano de la propia voz de la niñez...

— Vanesa Costas, coautora de la tesina

Índice

Dedicatoria	5
Resumen	6
Introducción	6
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Aspectos metodológicos	8
Supuestos de la investigación	10
Capítulo 1. Marco teórico	11
Trayectoria histórica y surgimiento del rol del Acompañante Terapéutico	11
El rol del AT y sus ámbitos de intervención	11
El vínculo terapéutico y la función del acompañante	12
El acompañamiento terapéutico en el Trastorno del Espectro Autista	13
Intervenciones interdisciplinarias: equinoterapia y marco legal	14
Perspectivas asimétricas en el abordaje interdisciplinario	16
A qué nos referimos cuando hablamos del TEA	17
El soporte del AT como pilar fundamental en la equinoterapia	19
Capítulo 2. La equinoterapia en el tratamiento del TEA	20
Definición de equinoterapia	20
Beneficios específicos en niñas con TEA	22
La seguridad como requisito indispensable	23
Modalidades y metodología de las sesiones	24
Capítulo 3. Desarrollo y análisis	25

Descripción general del equipo interdisciplinario	25
Funciones esperadas del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico	26
El testimonio de campo: la voz de la psicomotricista entrevistada	28
Lectura teórica de los hallazgos	30
Aportes del AT al plan terapéutico y límites de su intervención	31
Síntesis de hallazgos	32
Capítulo 4. Conclusiones	33
Referencias bibliográficas	35
Legislación	36
Anexos	37
Anexo 1. Desgrabación de la entrevista	37
Anexo 2. Consentimiento informado	40
Anexo 3. Guía de preguntas de la entrevista	40

Dedicatoria

Estimada Universidad del Gran Rosario, dedico el presente trabajo y unas palabras a todos los profesores y profesoras que nos han acompañado durante este proceso.

Gracias a su apoyo, a su dedicación y a su profesionalismo en dar cada una de las clases, que nos ha llevado al presente Trabajo Final Integrador, logrando completar este Ciclo de Complementación de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico.

Candia Vanesa Carolina

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis hijos y a mi esposo, quienes han sido mi apoyo fundamental durante todo este proceso. Gracias por estar siempre a mi lado, por su apoyo incondicional en los momentos difíciles y por su compañía en los días felices.

A mi madre, quiero agradecerle de todo corazón por haber confiado siempre en mí. Tu confianza fue mi mayor fortaleza cuando yo dudaba, y tu certeza sobre mi capacidad me animó a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

A la Universidad del Gran Rosario, por ofrecerme esta hermosa oportunidad de recibirme tan humanamente. Al docente que hizo posible este ciclo de la Licenciatura y a todos los profesores que hicieron posible transitar por esta etapa.

Este trabajo es para quienes, con presencia y respeto, sostuvieron el proceso y me permitieron concluir este objetivo. Gracias por enseñarme que acompañar es abrir espacios para que nazca la propia voz.

Este logro no es un final, sino el inicio de otro sendero de aprendizaje. Lo que aquí concluye se transforma en parte de un nuevo camino por el que seguir aprendiendo.

— *Vanesa M. Costas*

Resumen

El presente trabajo aborda el rol del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico (AT) dentro de un equipo interdisciplinario de equinoterapia orientado a la atención de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se analiza la especificidad de la figura del AT en este dispositivo terapéutico, su articulación con los demás profesionales del equipo y su aporte diferencial en el vínculo terapéutico con el niño, el caballo y la familia. Se argumenta que la incorporación del Licenciado en AT enriquece y potencia las intervenciones, ofreciendo un acompañamiento singularizado que favorece la regulación emocional, la anticipación sensorial y la construcción de continuidad entre sesiones.

Palabras clave: acompañamiento terapéutico, equinoterapia, trastorno del espectro autista, interdisciplina, niños.

Introducción

Planteamiento del problema

El presente Trabajo Final Integrador parte de un análisis que considera el supuesto de que la incorporación del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico (Lic. AT) dentro de equipos interdisciplinarios de equinoterapia puede fortalecer la continuidad de los procesos terapéuticos, favorecer la construcción vincular, acompañar la regulación emocional y contribuir a la generalización de logros terapéuticos hacia la vida cotidiana de niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

En la actualidad, la equinoterapia constituye un espacio terapéutico interdisciplinario de creciente relevancia en el abordaje de niños con diversas necesidades de desarrollo, particularmente aquellas comprendidas dentro del espectro autista. Su potencial terapéutico

radica no solo en los beneficios sensoriales, motrices y emocionales que aporta el vínculo con el equino, sino también en la posibilidad de construir experiencias significativas mediadas por un entorno terapéutico singular, donde intervienen distintos profesionales de la salud.

Dentro de este dispositivo, resulta necesario preguntarse cuál podría ser el lugar específico del Lic. AT y qué aportes diferenciales podría ofrecer en el trabajo interdisciplinario. Desde su formación, el Acompañante Terapéutico cuenta con herramientas orientadas al acompañamiento subjetivo, la construcción de vínculos terapéuticos, la contención emocional y el sostenimiento de procesos de autonomía, constituyéndose como un posible puente entre el niño o la niña, su familia, el equipo tratante y la experiencia terapéutica con el caballo.

Por esta vía, la inclusión del Lic. AT podría enriquecer la práctica interdisciplinaria en equinoterapia, favoreciendo la articulación entre lo vivido en el espacio terapéutico y su transferencia a la vida cotidiana, y fortaleciendo procesos de inclusión, bienestar y desarrollo integral en niños y niñas con TEA.

A partir de ello, esta investigación se propone analizar el rol del Lic. AT dentro de equipos interdisciplinarios de equinoterapia, delimitando sus funciones específicas, explorando sus posibles articulaciones con otros profesionales y visibilizando sus aportes en la construcción de abordajes terapéuticos integrales.

La relevancia de este tema es doble. En primer lugar, la equinoterapia constituye un campo en expansión que aún no ha delimitado con precisión el lugar del Acompañante Terapéutico dentro de sus equipos, de modo que su estudio contribuye a visibilizar un espacio de inserción laboral y profesional todavía poco explorado. En segundo lugar, el trabajo se inscribe en un debate más amplio sobre las incumbencias del AT y su reconocimiento como agente de salud con formación específica, en un contexto en el que las prácticas interdisciplinarias ganan terreno en el abordaje de las niñeces con TEA.

Aportar claridad conceptual sobre las funciones del AT en este dispositivo resulta, entonces, pertinente tanto para la formación de futuros profesionales como para el diseño de equipos de trabajo más integrales.

Objetivos

Objetivo general:

Analizar el rol del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico dentro de equipos interdisciplinarios de equinoterapia destinados a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista.

Objetivos específicos:

- Identificar funciones y aportes específicos del AT en el abordaje terapéutico de niñeces con TEA.
- Explorar la importancia de la articulación del rol del AT con otros profesionales intervinientes dentro del dispositivo terapéutico.
- Examinar las dinámicas de trabajo interdisciplinario, identificar dificultades de las familias y del equipo, y formular recomendaciones para la promoción de buenas prácticas.

Aspectos metodológicos

El presente trabajo se inscribe en un enfoque cualitativo de investigación. Siguiendo a Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), este enfoque es naturalista e interpretativo, en tanto estudia los fenómenos en sus contextos cotidianos y procura comprenderlos a partir de los significados que las personas les otorgan. El alcance es descriptivo, ya que la meta consiste en detallar cómo se manifiesta el rol del Acompañante Terapéutico dentro del equipo de equinoterapia, especificando sus

propiedades, funciones y perfiles (Hernández Sampieri et al., 2014). Por su dimensión temporal, el estudio es transversal, dado que releva la práctica del equipo en un momento determinado.

La elección de un diseño cualitativo responde a la naturaleza del objeto de estudio. Analizar el rol del Acompañante Terapéutico dentro de un equipo de equinoterapia exige captar significados, expectativas y matices de la práctica que difícilmente podrían reducirse a variables cuantificables. Hernández Sampieri et al. (2014) sostienen que este tipo de indagación no busca generalizar de manera probabilística, sino comprender en profundidad un fenómeno situado. De allí que el estudio se organice en torno a un caso —el centro “Manada del Golfo”— y a la perspectiva de una profesional que lo integra, sin pretensión de representatividad estadística, pero con vocación de exhaustividad interpretativa.

La estrategia de recolección de datos se apoya en los desarrollos de Sabino (1992), para quien las técnicas de recolección constituyen la implementación instrumental del diseño escogido y se concretan en instrumentos con una forma y un contenido definidos, tales como la entrevista y las pautas de observación. La entrevista semiestructurada se seleccionó por su flexibilidad, que permite sostener un guion de ejes temáticos y, a la vez, habilitar que la entrevistada introduzca aspectos no previstos. Sabino (1992) advierte que ningún instrumento recoge datos en bruto, sino que su forma orienta aquello que puede ser registrado. Por ello el guion se organizó en tres bloques —la identificación de la necesidad de incorporar un AT, el rol y la función dentro de la sesión, y las condiciones de trabajo con las familias y el equipo—, de modo que las preguntas acompañaran el análisis sin clausurar la palabra de la entrevistada. En esta línea, se aplicó una entrevista semiestructurada, realizada de forma virtual, a una psicomotricista referente del centro de equinoterapia “Manada del Golfo”, ubicado en la ciudad de Puerto Madryn, provincia de Chubut. La observación participante de sesiones con niños con TEA complementó ese registro con lo que la conversación no siempre verbaliza: los tiempos de la sesión, la disposición corporal del niño frente al caballo y las intervenciones espontáneas del equipo.

El material relevado se examinó mediante una codificación de categorías emergentes, procedimiento que agrupa los fragmentos del testimonio y de los registros de campo según núcleos de sentido que surgen del propio material antes que de un esquema previo. Esas categorías —vacíos del dispositivo, mediación con las familias, sostén en las crisis y encuadre del rol— organizan luego el capítulo de desarrollo. El análisis bibliográfico especializado, por último, no operó como un apéndice teórico separado, sino como una herramienta para poner en diálogo lo relevado en el terreno con los desarrollos de los autores de referencia, dotando de mayor solidez y exhaustividad a la interpretación. La guía de entrevista y los registros correspondientes se encuentran disponibles en el apartado de Anexos.

Supuestos de la investigación

En coherencia con el enfoque cualitativo adoptado, el estudio parte de un conjunto de supuestos, entendidos como proposiciones provisorias que orientan la indagación y que el análisis del material empírico permitirá sostener o matizar (Hernández Sampieri et al., 2014). Estos supuestos son los siguientes:

1. La incorporación del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico a un equipo interdisciplinario de equinoterapia fortalece la continuidad de los procesos terapéuticos y favorece la generalización de los logros hacia la vida cotidiana de las niñas con TEA.
2. El aporte diferencial del Acompañante Terapéutico se ubica en el terreno de la clínica de lo cotidiano y de la trama vincular, dimensiones que no se encuentran plenamente cubiertas por las restantes disciplinas del equipo.
3. La función del Acompañante Terapéutico no se superpone con la de los demás profesionales, sino que complementa y potencia el trabajo conjunto mediante estrategias de anticipación, organización de rutinas y sostén de la regulación emocional del niño en su entorno.

Capítulo 1. Marco teórico

Trayectoria histórica y surgimiento del rol del Acompañante Terapéutico

La incorporación del rol del Acompañante Terapéutico en Argentina surgió en la década de 1970 como una necesidad clínica dentro del área de la psiquiatría. Inicialmente se requería su intervención en pacientes con diagnósticos severos, pero gradualmente este abordaje se extendió para realizar seguimientos que aportaran perspectivas valiosas a la psicoterapia.

En noviembre de 1983, debido al crecimiento de la profesión, se organizó el Primer Encuentro Argentino sobre la Profesión del Acompañante Terapéutico en la Psiquiatría, donde se sistematizaron experiencias para fundamentar este campo. En 1985, durante el segundo encuentro, se plantearon desafíos clínicos y recursos que definieron la identidad del AT, integrando talleres y seminarios para la construcción de su perfil profesional.

Este proceso de profesionalización alcanzó hitos académicos significativos: en 1986 se presentó el proyecto para incorporar la carrera en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (Resolución N.º 1164, expediente 261.457/85) y, finalmente, en el año 2002, la materia fue incluida como optativa en la carrera de Psicología de la misma institución.

El rol del AT y sus ámbitos de intervención

Actualmente, el AT es un profesional capacitado que actúa como sostén del paciente en su vida cotidiana y como un puente entre el tratamiento clínico y su entorno social. Su función principal es facilitar la autonomía y la mejora de la condición del paciente, ayudándolo a superar barreras emocionales.

Este rol es requerido en diversos cuadros clínicos, tales como:

- Trastorno del Espectro Autista.
- Esquizofrenia, psicosis y trastornos de la personalidad.
- Trastornos afectivos, de ansiedad y obsesivo-compulsivos.
- Discapacidad intelectual y trastornos del desarrollo.
- Rehabilitación neurológica y situaciones pos-tratamiento.

El vínculo terapéutico y la función del acompañante

El núcleo de la práctica del Acompañante Terapéutico se ubica en la construcción y el sostenimiento del vínculo. Rossi (2007) caracteriza al acompañamiento terapéutico como una práctica que se despliega en lo cotidiano y en la trama de redes e interlocutores que rodean al sujeto, lejos de la lógica del consultorio y cerca de la vida concreta de la persona. Desde esta perspectiva, el AT no es un mero ejecutor de indicaciones, sino un actor que construye una relación singular con el acompañado y que hace de esa relación su principal instrumento de trabajo.

Pulice y Manson (2002) aportan una mirada clínica sobre esta figura al describirla como un mediador que sostiene al paciente en los momentos de desorganización subjetiva y que colabora en la construcción del lazo con los otros. El acompañante ocupa, así, un lugar de borde: está lo suficientemente cerca del sujeto como para registrar sus estados y anticiparse a sus dificultades, y lo suficientemente articulado con el equipo como para transmitir esa información y ajustar las intervenciones.

Kuras de Mauer y Resnizky (2003), por su parte, insisten en la importancia del encuadre. La definición clara del rol, de los tiempos, de los límites y de las funciones del acompañante no constituye un aspecto secundario, sino una condición para que su intervención resulte terapéutica y no se diluya en una asistencia difusa. Un encuadre bien

delimitado protege tanto al acompañado como al propio profesional y favorece la adherencia al tratamiento. Estos tres desarrollos —la clínica de lo cotidiano, la función de mediación y la centralidad del encuadre— conforman el marco conceptual desde el cual se analizará, más adelante, la posible inserción del AT en el dispositivo de equinoterapia.

El acompañamiento terapéutico en el Trastorno del Espectro Autista

En el caso específico del TEA, el AT se centra en el sostén de la inclusión, la continuidad de los tratamientos y la construcción de vínculos. El TEA es una condición del neurodesarrollo que afecta la comunicación, el comportamiento y la relación con el entorno, originada por una combinación de factores genéticos, biológicos y ambientales.

Diversas manifestaciones caracterizan al espectro y modulan la intervención terapéutica: dificultades en la comunicación verbal y no verbal, alteraciones en la reciprocidad social, patrones repetitivos de conducta y particularidades en el procesamiento sensorial. La heterogeneidad del cuadro exige que cada abordaje se ajuste a la singularidad del niño, evitando toda estandarización. Es en este punto donde la formación del Acompañante Terapéutico —atenta a lo singular y a lo cotidiano— encuentra un terreno especialmente propicio.

La intervención del AT resulta especialmente valiosa en este cuadro por varias razones. En primer lugar, las niñeces con TEA suelen requerir de rutinas previsibles y de un acompañamiento singularizado que respete sus tiempos y sus modos particulares de procesar los estímulos; el AT, por la cantidad y la calidad de tiempo que comparte con el niño, se encuentra en una posición privilegiada para ofrecer esa previsibilidad. En segundo lugar, buena parte de los logros terapéuticos alcanzados en el espacio de tratamiento corren el riesgo de perderse si no se generalizan hacia otros contextos; la tarea del AT consiste, precisamente, en tender ese puente entre lo trabajado en la sesión y la vida diaria del niño y su familia. Por último, la detección temprana de aquellos aspectos que interfieren en el

desarrollo subjetivo y vincular permite intervenir de manera preventiva, favoreciendo la construcción de herramientas de comunicación y disminuyendo el riesgo de aislamiento social desde los primeros años de vida.

La familia ocupa un lugar central en este entramado. Las niñeces con TEA se desarrollan en el marco de vínculos familiares que, con frecuencia, atraviesan situaciones de sobrecarga, incertidumbre o agotamiento. El Acompañante Terapéutico puede constituirse en un interlocutor privilegiado de esas familias, recogiendo información sobre la vida cotidiana del niño, acompañando a los padres en la comprensión del cuadro y colaborando para que las indicaciones del equipo se sostengan también en el hogar. Este trabajo con la familia no supone reemplazar la función parental, sino fortalecerla, ofreciendo un sostén que reduce la sensación de soledad y que favorece la continuidad del tratamiento. En el dispositivo de equinoterapia, donde la asistencia regular del niño depende en buena medida de la organización familiar, esta dimensión adquiere una importancia particular.

Históricamente, el psiquiatra Leo Kanner describió en 1943 el cuadro clínico que hoy reconocemos como autismo. Posteriormente, con la publicación del DSM-5, se unificaron diversos diagnósticos —como el autismo y el síndrome de Asperger— bajo el nombre de Trastorno del Espectro Autista. Esta condición se caracteriza por dificultades en la interacción social, conductas e intereses restringidos o repetitivos y una forma singular de procesar la información que varía significativamente entre cada individuo (Boston Children's Hospital, 2025).

Intervenciones interdisciplinarias: equinoterapia y marco legal

Dentro de los tratamientos recomendados para el TEA se encuentran las sesiones de equinoterapia, un modelo terapéutico alternativo que utiliza al caballo como recurso para favorecer el desarrollo sensorial, motor, emocional y social. En este contexto, el AT actúa

como nexo entre el entorno cotidiano del paciente y el equipo interdisciplinario, integrado por psicólogos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, entre otros. Como sostienen Kuras de Mauer y Resnizky (2003), el equipo se conforma con diversos profesionales que desempeñan diferentes funciones y conforman una red destinada a planificar estrategias de intervención.

Este trabajo interdisciplinario se sustenta en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, la cual establece en su artículo 13 que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para dirigir servicios e instituciones, sobre la base de la idoneidad y la interdisciplina (Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, art. 13). La incorporación de un profesional formado en Acompañamiento Terapéutico contribuye a fortalecer estos equipos y a facilitar el diálogo entre disciplinas, permitiendo objetivar el trabajo clínico mediante herramientas como las entrevistas en sectores específicos de equinoterapia.

El marco normativo resulta relevante porque otorga sustento jurídico a la conformación de equipos interdisciplinarios y al reconocimiento de distintas figuras profesionales dentro del campo de la salud mental. La ley concibe la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, y promueve un abordaje que respete los derechos de las personas usuarias. Bajo esta perspectiva, la niñez con TEA no es concebida como un objeto de tratamiento, sino como un sujeto de derecho cuya singularidad debe ser atendida por un equipo que integre miradas complementarias. La inclusión del Acompañante Terapéutico se inscribe con naturalidad en este paradigma, en tanto su tarea se orienta a sostener la autonomía, la inclusión social y la continuidad del proceso terapéutico en la vida cotidiana del niño.

Perspectivas asimétricas en el abordaje interdisciplinario

El AT ocupa una posición asimétrica respecto del profesional que dirige el equipo. Deberá construir el espacio que le corresponde, como un lugar más dentro del equipo, teniendo en cuenta la relación privilegiada con el acompañado, sobre todo por la calidad y la cantidad de tiempo que comparte con este.

Por lo mismo, se considera de importancia la intervención del dispositivo AT en toda clase de abordaje interdisciplinario, pues se toma al sujeto como un todo, atendiendo cada aspecto de su vida en el presente desafío. Para este abordaje se requieren distintos profesionales de cada área con diferentes enfoques, como psicólogos y psicopedagogos, entre otros. En este espacio resultan fundamentales la comunicación, la actualización y el respeto profesional. Con ello se alude a la construcción interdisciplinaria como una clínica humana que concibe a la persona como sujeto de derecho, entendiendo que cada profesional dispone de un número limitado de herramientas para comprender qué le ocurre, aceptando las barreras de cada disciplina y su complementación.

Stolkiner (2005) explica que en la actualidad se superponen dos prácticas:

En el debate actual sobre lo interdisciplinario, se superponen con una cierta contraposición dos tipos de prácticas: la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. Esta contraposición es esperable dado que la diferencia es de énfasis en cuanto al producto. En el caso de la investigación, el énfasis es la producción de conocimientos. En el caso de los equipos asistenciales, el énfasis está en la acción. Nadie, no obstante, podría separar de manera absoluta la investigación de su efecto en las prácticas, y nadie podría suponer que el desarrollo de acciones no produzca, o deba producir, simultáneamente conocimientos. Más aún, sería esperable un futuro en que esta diferencia se diluyera a su mínima expresión. (Stolkiner, 2005, p. 5)

Este planteo resulta pertinente para pensar la inserción del AT en la equinoterapia, ya que el dispositivo combina ambas dimensiones: por un lado, produce conocimiento sobre las potencialidades del vínculo con el equino; por otro, sostiene una acción asistencial concreta con cada niño. Conviene, además, distinguir entre lo interdisciplinario y lo transdisciplinario. En el trabajo interdisciplinario, cada profesional conserva los límites de su disciplina y aporta su mirada específica a un objeto común, en un diálogo que respeta las incumbencias de cada campo. En el abordaje transdisciplinario, en cambio, las fronteras entre las disciplinas se vuelven más permeables: los integrantes comparten un mismo objetivo y construyen intervenciones que trascienden la lógica de cada especialidad por separado. Como se verá en el análisis del centro de Puerto Madryn, es precisamente en esa lógica transdisciplinaria donde el rol del Acompañante Terapéutico encuentra su lugar más fértil, en tanto su tarea se define menos por un saber cerrado que por su capacidad de articular los saberes de los demás en la trama de lo cotidiano.

A qué nos referimos cuando hablamos del TEA

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo que afecta la forma de pensar, moverse, comunicarse y comportarse. Se manifiesta de manera distinta en cada persona, por lo que no hay dos casos idénticos, aunque todos comparten dos grupos principales de síntomas: dificultades en la interacción y la comunicación social, y patrones de conducta repetitiva, intereses restringidos o inflexibilidad mental. Es frecuente también la hipersensibilidad o la hiposensibilidad sensorial —a sonidos, tacto u olfato— y las dietas limitadas; entre los signos de alerta se encuentran la falta de contacto visual o de uso de gestos. Las personas con TEA presentan, además, fortalezas características: gran capacidad de concentración en temas de su interés, habilidad para detectar errores en patrones, destreza alfanumérica, método, memoria auditiva y procedimental desarrollada, así como buenas aptitudes visoespaciales y de coordinación. El diagnóstico y la

intervención temprana son fundamentales, y los síntomas pueden presentarse con niveles de afectación que van de leves a severos (Ministerio de Salud Pública de Tucumán, s.f.).

Etimológicamente, el término deriva del griego *auto* (propio), con el sentido de “meterse en uno mismo”, y fue utilizado por primera vez en 1912 por Paul Eugen Bleuler. Poco después, Grunya Efimovna Sukhareva (1891-1981) realizó aportes pioneros: describió características en ambos géneros y propuso un abordaje integral —psiquiátrico, educativo y familiar—, con una descripción muy similar a la vigente en el DSM-5, aunque sus trabajos no tuvieron difusión inmediata. Más tarde, las investigaciones cobraron relevancia con Leo Kanner y Hans Asperger.

En 1943, Kanner definió el autismo como un cuadro clínico diferenciado de otras patologías —como la esquizofrenia—, tras estudiar a once niños con dificultades sociales, sensibilidad a los estímulos, alteraciones del lenguaje y juego repetitivo. Su trabajo modificó el significado del término y lo acercó al concepto actual. De forma paralela e independiente, Hans Asperger inició sus estudios un año después: observó rutinas repetitivas e intereses limitados, pero, a diferencia de Kanner, no registró alteraciones lingüísticas graves. Destacó a estos niños como “pequeños profesores” por su dominio detallado de temas específicos y defendió su integración social, educativa y laboral. Sus publicaciones en alemán demoraron su reconocimiento, hasta que Lorna Wing las difundió en 1981. Ambos autores denominaron sus hallazgos como “autismo infantil temprano” y “psicopatía autista”, respectivamente, y sus diferencias permitieron delimitar lo que luego se conocería como síndrome de Asperger.

En 1980, el DSM-III introdujo la categoría “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD), definidos por alteraciones en múltiples funciones psicológicas vinculadas al desarrollo social y lingüístico. Se distinguían el autismo (con inicio antes de los 30 meses), el TGD propiamente dicho (con inicio posterior) y el TGD atípico; en la revisión de 1987 se simplificó a autismo y TGD no especificado. Hoy se entiende el TEA como un espectro de condiciones que afectan la interacción social, la comunicación y la flexibilidad conductual,

con una gran variabilidad individual en cuanto a características y grado de afectación, lo que influye directamente en el desempeño diario. Por ello, el abordaje terapéutico debe ser individualizado, estructurado, aplicado de forma temprana y, preferentemente, en modalidad individual o en grupos reducidos. Estas intervenciones permiten trabajar también síntomas asociados como la hiperactividad, la ansiedad o la irritabilidad.

El soporte del AT como pilar fundamental en la equinoterapia

El Licenciado en Acompañamiento Terapéutico se constituye como un pilar fundamental en el soporte clínico esencial para la construcción de herramientas subjetivas y el sostén de la trama vincular. Su rol no se agota en la mera asistencia, sino que se integra como un nexo o puente que facilita la articulación entre el niño o la niña, su familia, el equipo tratante y la experiencia terapéutica con el equino.

En las intervenciones que realiza con el usuario con TEA, el Lic. AT asume funciones técnicas de asistencia, seguimiento y sostén bajo un modelo biopsicosocial integral.

Esta labor profesional permite favorecer entornos de cuidado adaptados a la singularidad del sujeto de derecho, y mitiga riesgos de estigmatización y aislamiento al promover la inserción en el lazo social. El AT contribuye también, de manera activa, a la organización de hábitos y rutinas que permiten al niño anticipar situaciones y estructurar su cotidianeidad, aspecto determinante para fortalecer la autorregulación emocional y disminuir de forma significativa los niveles de ansiedad y estrés.

En el contexto particular de la equinoterapia, este pilar adquiere características propias. El vínculo con el caballo introduce una motivación lúdica y sensorial que facilita la disposición del niño al trabajo terapéutico; sin embargo, ese vínculo no se sostiene por sí solo, sino que requiere de una mediación cuidadosa. El Acompañante Terapéutico se ubica en ese lugar de mediación: prepara el encuentro con el animal, sostiene los momentos de

transición, traduce las señales del niño para el resto del equipo y ofrece un punto de referencia estable a lo largo de las sesiones. De este modo, su presencia no compite con la del jinete, la psicomotricista o la psicóloga, sino que enlaza los aportes de cada uno en función de la experiencia singular de cada niño, garantizando que el trabajo conserve continuidad y sentido más allá de la sesión puntual.

Capítulo 2. La equinoterapia en el tratamiento del TEA

Definición de equinoterapia

El uso terapéutico del caballo tiene raíces antiguas: ya en la Grecia clásica se reconocían los beneficios de la equitación para la salud, y a lo largo del siglo XX la práctica se sistematizó hasta constituir un campo de intervención con fundamentos propios. En la actualidad, la equinoterapia constituye un abordaje terapéutico interdisciplinario que utiliza al caballo —su movimiento tridimensional, su temperatura corporal, su ritmo y el vínculo interespecie— como mediador clínico en procesos de rehabilitación, estimulación y desarrollo subjetivo. No se reduce a la práctica ecuestre, sino que configura un dispositivo terapéutico planificado en función de objetivos singulares para cada niño o niña, y contempla dimensiones motrices, sensoriales, cognitivas, vinculares y emocionales.

Dentro de este campo de abordaje terapéutico alternativo, la equinoterapia puede definirse como un procedimiento de tratamiento utilizado por los especialistas dedicados a la atención del niño con discapacidad, en el que se emplean el movimiento del caballo y el entorno creado a su alrededor con el objetivo de lograr una influencia beneficiosa sobre la problemática de salud del paciente. El sentido terapéutico de la actividad viene dado por la forma en que el profesional emplea al caballo y por la individualidad de las acciones que se desarrollan en relación con las características específicas de cada paciente. Se trata, así,

de una intervención terapéutica que utiliza el movimiento, el vínculo y la regulación sensorial del caballo para potenciar múltiples áreas del desarrollo.

La equinoterapia es un método terapéutico integral que utilizan los profesionales —psicólogos, psicopedagogos, logopedas y educadores, entre otros— empleando al caballo como mediador para promover la rehabilitación de los niños y niñas dentro del espectro autista. Conviene distinguir, dentro de este campo, distintas modalidades que suelen agruparse bajo la denominación general de terapias asistidas con caballos: la hipoterapia, centrada en los efectos del movimiento sobre el cuerpo; la equitación terapéutica, que incorpora el aprendizaje de destrezas ecuestres con fines rehabilitadores; y las actividades de equitación adaptada, orientadas a la inclusión y al desarrollo social. En todos los casos, lo que define el carácter terapéutico de la práctica no es la actividad ecuestre en sí, sino la intencionalidad clínica con que se la utiliza y la planificación en función de objetivos singulares para cada participante. Esta práctica contribuye a mejorar la calidad de vida en niños con autismo, bajo la supervisión de un equipo interdisciplinario capacitado. Con el tiempo, esta interacción genera confianza, lo que permite a las personas explorar sentimientos que de otro modo les resultaría difícil comunicar. Xiao, Shinwari, Kiselev, Huang, Li y Qi (2023) señalan, en una revisión sistemática y metaanálisis sobre los efectos de las actividades y terapias asistidas por equinos en personas con TEA, que estas intervenciones mejoran de manera significativa la regulación emocional y las habilidades interpersonales.

En equinoterapia se considera que el caballo es un dispositivo con potencial terapéutico porque su movimiento tridimensional favorece la estimulación motora y el registro corporal de la persona. A su vez, el calor corporal del equino genera relajación muscular y regulación tónica. La terapia transcurre en entornos naturales, lo que promueve la disminución de la hiperestimulación ambiental. En la construcción del espacio terapéutico, el vínculo con el animal favorece procesos de confianza, regulación afectiva y seguridad

subjetiva; y, dentro de un encuadre cuidado, se construye una motivación lúdica que sostiene una mayor adherencia terapéutica.

Como idea general, su pretensión es integrar socialmente al individuo, potenciando sus capacidades y mejorando sus niveles de autonomía personal. Según las características específicas de cada jinete, el trabajo terapéutico prioriza diversas necesidades singulares. La base de todo se encuentra en el hecho de que el animal, la persona y el terapeuta interactúan con la finalidad de alcanzar un fin saludable. La equinoterapia puede desarrollarse como terapia única o complementaria, según los casos, y en ella se trabajan aspectos emocionales, sensoriomotrices, cognitivos, relacionales y psicomotores que se adaptan al cuadro propio de cada jinete. En el plano emocional, se busca mejorar la autoestima mediante la disminución de los temores y de los niveles de ansiedad, además de favorecer un mayor autocontrol y sentimiento de bienestar. En el ámbito sensoriomotriz, la terapia procura el control del tronco, el equilibrio, la coordinación y la lateralidad del cuerpo, para conseguir un mayor control postural.

Beneficios específicos en niños con TEA

Entre los beneficios que la equinoterapia favorece en niños con TEA se destacan los siguientes:

- Regulación emocional.
- Atención compartida.
- Contacto visual.
- Disminución de la ansiedad.
- Integración sensorial.
- Lenguaje y comunicación intencional.

- Autonomía.
- Habilidades sociales.

Este acompañamiento no reemplaza ni compite con la intervención específica de la psicomotricidad ni de la equinoterapia propiamente dicha, disciplinas que abordan otras dimensiones del vínculo entre el niño y el animal. El aporte distintivo del AT reside en sostener la continuidad emocional y vincular del niño a lo largo de toda la sesión, incluidos los tramos previos y posteriores al contacto directo con el caballo, que son precisamente los momentos donde suelen concentrarse las mayores dificultades de regulación y donde ninguna otra disciplina del equipo tiene asignada una función específica.

Por esta razón, se analiza y describe la necesidad de integrar al Licenciado en Acompañamiento Terapéutico como agente de salud que trabaja de manera interdisciplinaria en equinoterapia (Ospitalarioak Fundazioa Euskadi, s.f.). Su presencia posibilita el acompañamiento y la colaboración que se requiera para la vinculación en cada sesión, así como el trabajo interdisciplinario en la coordinación del equipo profesional, en los proyectos y en la planificación de cada intervención con los usuarios y sus familias.

La seguridad como requisito indispensable

La seguridad es un requisito indispensable y se organiza en varios niveles. Ante casos de alteraciones médicas graves —problemas cardíacos, lesiones óseas no consolidadas, crisis convulsivas no controladas, alergias severas o fobias extremas a los animales—, se evalúa si el usuario puede recibir esta clase de terapia.

Se tiene en cuenta la condición del caballo: que los animales sean de temperamento tranquilo, que estén entrenados específicamente para la terapia y que presenten buen estado de salud y manejabilidad. Sus condiciones se revisan diariamente, e incluso antes de cada sesión. El espacio debe ser cerrado o delimitado, con suelo seguro y sin obstáculos

peligrosos, y los equipos de protección —casco y chaleco de seguridad— resultan obligatorios y adaptados al tamaño del niño o la niña.

Siempre debe haber un profesional guiando la sesión, una persona que conduce al caballo, un técnico en equinoterapia y, si es necesario, un auxiliar que acompaña al usuario. Se evitan los movimientos bruscos, los ruidos fuertes o las situaciones impredecibles. Todo el equipo debe estar formado en manejo seguro, primeros auxilios y manejo de conductas desafiantes propias del TEA. Es preciso, además, que cada integrante posea un temperamento fuerte para tolerar la ansiedad y la frustración a las que se expone en el campo laboral, e incluso que realice un curso específico en equinoterapia.

Modalidades y metodología de las sesiones

En los estudios sobre las modalidades se distinguen dos formas principales, que se complementan entre sí:

- **Hipoterapia:** es una intervención terapéutica dirigida por profesionales de la salud, en la que el movimiento del caballo se usa como herramienta para trabajar funciones físicas, sensoriales y neurológicas. Se centra en los efectos del movimiento sobre el cuerpo y el sistema nervioso.
- **Equinoterapia:** es un enfoque más amplio, educativo, social y terapéutico, en el que se trabaja no solo montado, sino también en el cuidado, el manejo y la preparación del caballo. Integra objetivos de desarrollo personal, social, emocional y educativo.

La metodología de las sesiones parte de una evaluación inicial, una valoración interdisciplinaria para definir diagnóstico, nivel de desarrollo, necesidades, intereses y contraindicaciones. Se establecen objetivos individuales a corto, mediano y largo plazo. Esta planificación no es rígida: se revisa de manera periódica en función de los avances del niño y de las observaciones que cada integrante del equipo aporta sobre el desarrollo de las sesiones. La flexibilidad para ajustar los objetivos es, de hecho, una de las razones por las

que la información sobre lo cotidiano —aquella que un Acompañante Terapéutico estaría en condiciones de aportar— resulta tan valiosa para el conjunto del dispositivo. Cada sesión —cuya duración habitual es de 30 a 45 minutos, según la edad y la tolerancia— se organiza en tres momentos:

1. Inicio: recepción, saludo, explicación sencilla de la actividad, contacto inicial con el caballo para generar confianza y preparación del entorno.
2. Desarrollo: actividades adaptadas; ejercicios de postura, cambios de posición, recorridos con obstáculos, juegos sensoriales, órdenes simples y cuidado del animal (cepillado, alimentación). Se ajustan los estímulos según la respuesta de la persona.
3. Cierre: despedida, reconocimiento de logros, relajación y transición tranquila hacia otra actividad.

Respecto de la frecuencia, se realizan generalmente una o dos sesiones semanales, con continuidad durante varios meses o años para consolidar los avances. Se contempla, asimismo, la adaptación del tamaño del caballo, el equipo de monta, el tipo de movimiento y las consignas según las características de cada persona con TEA.

Capítulo 3. Desarrollo y análisis

Descripción general del equipo interdisciplinario

El equipo de trabajo del centro de equinoterapia de Puerto Madryn surge de una articulación entre la municipalidad local, la asociación “Aprender a Volar”, el club de equitación y la formación en equinoterapia de la Asociación Argentina de Equinoterapia, bajo la dirección de Maricel Gauna. Está conformado actualmente por una psicomotricista, una psicóloga y un profesor de equitación (jinete), y se sostiene bajo una lógica de abordaje transdisciplinario: todos los integrantes comparten un objetivo común respecto de cada

participante o grupo, y cada uno aporta desde su mirada específica para construir intervenciones ordenadas y sistémicas, definiendo metas a corto y largo plazo, con trabajo tanto individual como grupal.

Cada perfil cumple funciones diferenciadas: la psicomotricista se centra en el trabajo corporal, el tono muscular, el equilibrio y la postura; la psicóloga aborda lo emocional, lo conductual y la calidad de los vínculos; el profesor de equitación aporta conocimientos técnicos sobre los caballos (estado físico, nivel de energía, aptitud para la actividad), el uso de implementos ecuestres y la seguridad en las prácticas, ya sea con montura o en actividades “pie a tierra”. El caballo, por su parte, es considerado un integrante más del dispositivo, fundamental para la construcción de vínculos y los procesos terapéuticos.

La modalidad de trabajo que describe la entrevistada se organiza en torno a reuniones de equipo en las que se definen los objetivos para cada participante y se acuerdan las estrategias a seguir. La toma de decisiones sobre aspectos concretos —qué caballo montar según el estado del animal, si conviene trabajar montado o “pie a tierra”, cómo recibir a un niño que llega desregulado— se resuelve de manera conjunta y en función de la lectura que cada profesional realiza en el momento. Es en esa dinámica cotidiana, hecha de ajustes permanentes y de atención a lo singular, donde se vuelve visible el espacio que podría ocupar el Acompañante Terapéutico, cuya mirada sobre el día a día del niño complementaría la información técnica y clínica que ya aportan los demás integrantes.

Funciones esperadas del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico

El análisis de la práctica profesional en este centro permite identificar dimensiones clave sobre la inserción del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico, superando la visión del AT como un prestador externo para posicionarlo como integrante orgánico del dispositivo. Su incorporación responde a necesidades y vacíos detectados en la práctica

actual: la necesidad de fortalecer el nexo entre la planificación terapéutica y la experiencia cotidiana de los participantes, la articulación con las familias y la red de apoyo entre ellas, el sostén en situaciones de crisis, desregulación o cambios en la rutina, y el acompañamiento continuo que permita ajustar los objetivos propuestos por el equipo.

Como integrante orgánico, el Licenciado en Acompañamiento Terapéutico participaría en la definición de metas, aportaría su mirada sobre la vida diaria, los estados de ánimo y las necesidades particulares de cada niño, gestionaría la comunicación fluida con las familias, organizaría redes de apoyo para garantizar la asistencia a las sesiones, anticiparía cambios de actividad —por condiciones climáticas o por el estado de los caballos—, sostendría los momentos de crisis durante las intervenciones y acompañaría los procesos de vínculo entre el niño y el caballo.

Estas funciones pueden ordenarse en torno a tres ejes. El primero es el eje de la continuidad: el AT sostiene el hilo que une una sesión con la siguiente y la experiencia terapéutica con la vida cotidiana, evitando que los avances queden confinados al espacio del club. El segundo es el eje de la articulación familiar: el AT opera como interlocutor privilegiado de las familias, recogiendo información sobre el estado del niño, anticipando dificultades y colaborando para que la asistencia a la terapia no se vea interrumpida por las contingencias del hogar. El tercero es el eje del sostén en el acto: durante la sesión, el AT acompaña los momentos de desregulación, ofrece contención y facilita la construcción del vínculo con el animal. Estos tres ejes no agotan la tarea del AT, pero permiten sistematizar los aportes que el equipo entrevistado identifica como necesarios y que las disciplinas actuales no logran cubrir por completo. Su función no se superpone con la de otros profesionales, sino que complementa y potencia el trabajo conjunto: se ocupa de lo que sucede en el día a día, en los detalles del acompañamiento y en la articulación con el entorno familiar, aspectos que no están cubiertos por las disciplinas actuales y que permiten que los objetivos terapéuticos lleguen de manera más integral y sostenida a cada participante.

El testimonio de campo: la voz de la psicomotricista entrevistada

Para ampliar este análisis se realizó una entrevista semiestructurada a una psicomotricista integrante del equipo de equinoterapia de Puerto Madryn. En este apartado se presentan, de forma diferenciada, los fragmentos del testimonio de campo; su lectura teórica se desarrolla en el apartado siguiente. La desgrabación completa se encuentra en el Anexo 1.

Sobre la formación y el origen del proyecto, la entrevistada relató que este “surgió a través de la municipalidad, junto con la asociación ‘Aprender a Volar’... la municipalidad avisó al centro que abría ese espacio y necesitaban buscar a dos profesionales de la salud; entonces ahí fue donde se convocó a la psicomotricista y a la psicóloga”. Agregó que la propuesta creció con el tiempo: “Al principio fue muy tímidamente, fueron tres o cuatro chicos nomás que iban a las prácticas, y ahora son 13 los chicos que van”.

En relación con los vacíos detectados y el aporte esperado del AT, identificó la necesidad de un profesional que actúe como mediador entre la planificación del equipo y el beneficiario: “El acompañante terapéutico podría o sería un medio para que esos objetivos... lleguen más a la persona, que ustedes sean el nexo entre lo que se planifica y el participante beneficiario”. Añadió que se esperaba de esa figura la capacidad de “aportar al interior del equipo esto de lo cotidiano, del vínculo con la familia, y por ahí poder comprender otras necesidades o cómo llegan los participantes”.

Respecto de los beneficios de incorporar un AT, la profesional visualizó su presencia como un potenciador de los vínculos y un soporte ante las crisis familiares: “Potenciar el vínculo... entre las personas que conforman el equipo, y el caballo también, que actúa como uno más; esto de poder traer lo cotidiano, la diaria, para poder potenciar o ajustar los objetivos”. Ilustró este punto con una situación concreta: “Poder articular dentro de las

familias, ser sostén para que se llegue a la terapia... en este momento no dejaba de ser un rescate para él”.

Sobre el encuadre propuesto para el rol, planteó que el AT no sea un externo, sino un miembro permanente del equipo con funciones de anticipación y seguimiento: “El rol y la función sería formar parte del equipo y atender las distintas necesidades... cada uno va a aportar desde su mirada particular”. Preciso que, “si forman parte del equipo, ya se pueden proponer objetivos, aportar desde la mirada, buscar acción específica como la intercomunicación con la familia, el recibir y después despedir al participante, cómo anticipar quizás cuando llega”.

En cuanto a los límites de intervención y la superposición de funciones, señaló la importancia de mejorar la organización interna para no saturar a las familias: “Las funciones tienen que ser más un buen diálogo al interior del equipo, ya que nos pasa esto de que por ahí estamos todos llamando a la mamá y respondiéndole todo junto”. Reconoció, además, que “a veces responden más o mejor a una actividad dependiendo de quién se la proponga; muchas veces nos toca acompañar aunque no sintamos que tanto de nuestro rol, porque los protagonistas son el caballo y los participantes”.

Acerca de la contribución al vínculo niño-caballo y el sostén en crisis, destacó que el AT resulta indispensable para el manejo de situaciones de desregulación emocional, habituales en niños con TEA. Relató una escena en la que un niño “empezó con aleteos, se golpeaba la cabeza... ya había llegado angustiado porque se le había cambiado la rutina”, y describió cómo el equipo debió sostenerlo. Frente a estos episodios, subrayó el valor de los pasos previos y anticipatorios: “Con él tratamos siempre de estos pasos previos del cepillado... ya que es algo que lo regula; después de superar su crisis terminó agotado, acostado sobre el caballo sin montura, y en esos momentos sí es necesario un AT”.

Finalmente, sobre el rol en la construcción del plan terapéutico bajo un enfoque transdisciplinario, la entrevistada explicó que “el equipo transdisciplinario tiene un objetivo

en común, entonces desde las distintas disciplinas se trabaja con un mismo objetivo”. Ejemplificó la articulación de miradas: “Ustedes me cuentan desde su rol si hoy estuvo bien o cómo está de ánimo, y yo, como psicomotricista, quiero trabajar el equilibrio, el tono... estamos trabajando objetivos diferentes, pero con un mismo participante”.

Lectura teórica de los hallazgos

El testimonio de campo relevado dialoga con los desarrollos teóricos sobre el acompañamiento terapéutico y permite interpretar, desde el marco conceptual, las funciones que el equipo espera de esta figura. La ubicación del AT “en la intersección de disciplinas” que describe la entrevistada se corresponde con la caracterización de Rossi (2007), para quien el acompañamiento terapéutico es una práctica que se despliega en lo cotidiano y en la trama de redes e interlocutores que rodean al sujeto. Esa dimensión de lo diario, que la profesional identifica como un vacío del dispositivo actual, es precisamente el terreno que la literatura reconoce como propio del AT.

La expectativa de que el AT actúe como sostén en las situaciones de crisis y como mediador del vínculo encuentra fundamento en Pulice y Manson (2002), quienes describen al acompañante terapéutico como una figura que sostiene al paciente en los momentos de desorganización subjetiva y opera como mediador en la construcción y el sostenimiento del lazo. La escena de desregulación relatada por la entrevistada —el niño que se golpea la cabeza ante un cambio de rutina y necesita ser contenido— ilustra con claridad esta función de sostén.

Por último, la insistencia de la entrevistada en que el AT sea un integrante permanente del equipo, con encuadre definido y participación en las decisiones, se articula con lo planteado por Kuras de Mauer y Resnizky (2003), quienes subrayan que el encuadre adecuado y la definición del rol de los acompañantes son factores clave para la adherencia del paciente y para el funcionamiento del dispositivo. La demanda de “formar parte del

equipo” no es, entonces, un detalle organizativo, sino una condición teórica y clínica para que la intervención del AT resulte efectiva.

Cabe subrayar, además, una precisión que la devolución del proceso de investigación vuelve necesaria: las referencias a Rossi, a Pulice y Manson y a Kuras de Mauer y Resnizky no forman parte del discurso de la psicomotricista entrevistada, sino que constituyen la lectura teórica que las investigadoras realizan a partir de su testimonio. La entrevistada aportó su experiencia y su perspectiva de campo; el anclaje conceptual de esa experiencia en la bibliografía especializada es una operación analítica propia de este trabajo. Distinguir con claridad ambos planos —la voz de campo y la interpretación teórica— resulta indispensable para el rigor metodológico de la investigación y para no atribuir a la entrevistada afirmaciones que no le pertenecen.

Aportes del AT al plan terapéutico y límites de su intervención

El material relevado permite precisar de qué modo el Acompañante Terapéutico contribuiría a la construcción y el ajuste del plan terapéutico. Bajo la lógica transdisciplinaria que caracteriza al centro, todos los integrantes trabajan hacia un objetivo común, aunque cada uno lo haga desde su especialidad. En ese esquema, el AT aportaría una información que hoy circula de manera fragmentaria: el estado anímico del niño al llegar, los cambios en su rutina familiar, sus intereses y sus temores del momento. Esa información, lejos de ser accesorio, resulta decisiva para que la psicomotricista, la psicóloga y el jinete puedan ajustar sus intervenciones a la situación real del niño en cada sesión. El AT operaría, entonces, como un articulador que enriquece la lectura del equipo y que sostiene la coherencia del plan a lo largo del tiempo.

En cuanto a los límites de su intervención, el análisis del testimonio sugiere que el riesgo principal no reside en una invasión de las funciones de los demás, sino en la superposición de contactos y mensajes hacia las familias. La solución que se perfila no

consiste en restringir tareas, sino en ordenar la comunicación interna del equipo, de modo que el AT canalice y coordine el vínculo con las familias en lugar de sumarse como un interlocutor más. De este modo, la delimitación de su rol se define menos por lo que no debe hacer que por la función integradora que está llamado a cumplir. La construcción de ese lugar, como advierten los desarrollos teóricos sobre el encuadre, requiere de acuerdos explícitos dentro del equipo y de un reconocimiento institucional de la especificidad del acompañamiento.

Síntesis de hallazgos

Del cruce entre el testimonio de campo y la lectura teórica se desprenden los siguientes hallazgos. En primer lugar, el equipo reconoce un vacío concreto en el abordaje actual: la falta de una figura que sostenga la continuidad entre la planificación terapéutica y la vida cotidiana de los participantes y sus familias. La entrevistada lo formula con claridad al describir situaciones en las que la urgencia familiar —la enfermedad de una madre, por ejemplo— amenaza la asistencia del niño a la terapia, y en las que no hay actualmente un profesional cuya tarea específica sea articular ese sostén.

En segundo lugar, las funciones que el equipo atribuye espontáneamente al AT —mediación con las familias, anticipación de cambios, sostén en crisis y acompañamiento del vínculo niño-caballo— coinciden con las que la literatura especializada define como propias de esta disciplina. Este solapamiento entre lo que el equipo intuye como necesario y lo que la teoría describe como incumbencia del AT refuerza la pertinencia de su incorporación y responde a los objetivos específicos planteados en esta investigación.

En tercer lugar, la lógica transdisciplinaria del centro, con un objetivo común y aportes diferenciados, ofrece un terreno propicio para la inserción del AT sin superposición de roles, siempre que se garantice un encuadre claro y su participación en los espacios de decisión. La propia entrevistada advierte sobre el riesgo de la superposición —“estamos

todos llamando a la mamá”— y ubica la solución no en la exclusión de tareas, sino en el fortalecimiento del diálogo interno del equipo. Los supuestos de investigación planteados al inicio encuentran, así, respaldo en el material relevado: la incorporación del AT aparece como un aporte diferencial en el terreno de lo cotidiano y de la trama vincular, complementario y no competitivo respecto de las demás disciplinas.

Capítulo 4. Conclusiones

El Licenciado en Acompañamiento Terapéutico representa una figura de valor singular dentro de un equipo interdisciplinario de equinoterapia orientado al trabajo con niños con TEA. Su formación específica en el sostenimiento vincular, la regulación emocional, la anticipación sensorial y la mediación comunicacional le permite cumplir funciones que no están cubiertas por los demás profesionales del equipo.

Lejos de superponerse con otros roles, el AT los complementa y articula: traduce las señales del niño al equipo, sostiene la continuidad entre sesiones, acompaña a la familia y garantiza que la experiencia terapéutica sea vivida por el niño como un espacio seguro, predecible y significativo. Los hallazgos relevados en el centro de Puerto Madryn confirman que estas funciones responden a necesidades reales del dispositivo, identificadas por el propio equipo.

Su integración efectiva requiere, sin embargo, condiciones institucionales claras: un encuadre definido, la participación en los espacios de decisión clínica, la supervisión periódica y el reconocimiento explícito del valor de su aporte. Sin estas condiciones, el riesgo es que su tarea quede reducida a una asistencia accesoria, desaprovechando la potencia de su formación específica. El trabajo de campo realizado en Puerto Madryn muestra que el propio equipo intuye estas necesidades y estaría dispuesto a incorporar la figura del AT, lo que constituye un punto de partida favorable para su implementación.

A lo largo de este trabajo se procuró articular el marco teórico sobre el acompañamiento terapéutico con el material relevado en el centro de equinoterapia de Puerto Madryn. Ese cruce permitió mostrar que las funciones que la literatura atribuye al AT —sostén de la continuidad, mediación vincular, anticipación y acompañamiento en las crisis— no son abstracciones teóricas, sino respuestas concretas a necesidades que el propio equipo identifica en su práctica cotidiana. Los supuestos que orientaron la investigación resultaron, en consecuencia, respaldados por el análisis: la incorporación del AT aparece como un aporte diferencial en el terreno de lo cotidiano, complementario de las demás disciplinas y potenciador del trabajo conjunto.

En un dispositivo terapéutico tan complejo y multidimensional como la equinoterapia, el Licenciado en AT no es un agregado prescindible, sino una pieza fundamental para que la intervención sea verdaderamente integral, singularizada y centrada en las necesidades de cada niño. Como líneas futuras de investigación, se propone ampliar el relevamiento a otros centros y equipos, incorporar la perspectiva de las familias y de los propios niños en la medida de lo posible, y avanzar en la construcción de indicadores que permitan evaluar el impacto de la incorporación del AT en los procesos terapéuticos. Queda abierta, además, la pregunta por las condiciones de formación y de encuadre institucional que harían falta para que esta figura se consolide dentro de los equipos de equinoterapia de nuestro medio.

Referencias bibliográficas

- Boston Children's Hospital. (2025, 3 de abril). *¿Qué es el trastorno del espectro autista?*
[Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rRm3ITSBAgo>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2003). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. Letra Viva.
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán. (s.f.). *¿Qué es el trastorno del espectro autista?*
[Folleto]. Gobierno de Tucumán.
<https://drive.google.com/file/d/1pCDTYSsE2LuOr5MVdP5PgJCKZf7LeoFP/view>
- Ospitalarioak Fundazioa Euskadi. (s.f.). *Equinoterapia: Beneficios en enfermedad mental y discapacidad intelectual*.
<https://ospitalarioakfundazioaeuskadi.org/es/articulo/equinoterapia-beneficios-enfermedad-mental-discapacidad-intelectual/>
- Pulice, G. y Manson, F. (2002). *Acompañamiento terapéutico*. Polemos.
- Rossi, G. P. (2007). *Acompañamiento terapéutico: Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Polemos.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Panapo.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental* [Ponencia]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, El Calafate, Santa Cruz, Argentina.
https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Interdisciplina%20y%20Salud%20Mental.%20Stolkiner.pdf
- Xiao, N., Shinwari, K., Kiselev, S., Huang, X., Li, B. y Qi, J. (2023). Effects of equine-assisted activities and therapies for individuals with autism spectrum disorder: Systematic

review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2630. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032630>

Legislación

Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. (2010, 2 de diciembre). Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto Reglamentario 603/2013.

Anexos

Anexo 1. Desgrabación de la entrevista

Entrevistada n.º 1: Lic. Psicomotricista Marina.

Fecha de aplicación: 27/05/2026, 16:15 h.

Edad: aproximadamente entre 40 y 50 años.

Sexo: femenino.

Antigüedad: aproximadamente 4 años.

Pregunta: ¿Le consulto, licenciada: cada vez que entra un profesional a equinoterapia se hace un curso, o cómo se hace?

Hay una formación de la Asociación Argentina de Equinoterapia que es “equinoterapeuta”. Acá en Puerto Madryn surgió a través de la municipalidad, junto con la asociación “Aprender a Volar”, con la dirección de Maricel Gauna y el club de equitación. Se dio que la municipalidad avisó al centro “Aprender a Volar” que abría ese espacio y que necesitaban buscar a dos profesionales de la salud; entonces ahí fue donde se convocó a ella, que es la psicomotricista, y a la psicóloga, y ahí comenzó este proyecto de equinoterapia. Al principio fue muy tímidamente, fueron tres o cuatro chicos nomás que iban a las prácticas, y ahora son 13 los chicos que van. El aporte del equipo fue que, de a poco y con el tiempo, también fueron aprendiendo qué se le podía dar a cada uno de los chicos y cómo pararse frente a cada situación.

Pregunta: ¿Qué vacío o necesidad observaron en la práctica que los podría llevar a pensar en incorporar un AT, y cuál sería, a su parecer, lo que el AT podría aportar que no esté cubierto por los demás profesionales del equipo?

Dentro del equipo están la psicóloga, el profesor de equitación (que es jinete) y la psicomotricista (la profesional entrevistada). Se hace un abordaje transdisciplinario: equitación, salud y educación. El método es ordenado y sistemático para llegar a los resultados esperados; en este contexto pueden entrar los AT a formar parte del equipo. Dentro de este método, cada participante tendría un rol diferente; entre todos vamos a pensar cuál es el objetivo que nos estamos proponiendo con determinado participante o grupo. Se puede trabajar de manera individual y grupal; entre los tres planteamos objetivos a corto y largo plazo. El acompañante terapéutico podría o sería un medio para que esos objetivos que se propone el equipo lleguen más a la persona, para que ustedes sean el nexo entre lo que se planifica y el participante beneficiario, además de aportar con la mirada de ustedes.

Pregunta: ¿Cómo evalúan el beneficio de incorporar un Lic. en AT en las intervenciones de equinoterapia y, a la vez, qué diferencias esperan que esta incorporación produzca?

Sí, potenciar el vínculo. También en equinoterapia se va construyendo vínculo, y es muy importante entre las personas que conforman el equipo, y el caballo también, que actúa como uno más. Esto de poder traer lo cotidiano, la diaria, de acercar esta mirada para poder potenciar o ajustar los objetivos que se proponga el equipo. Por ejemplo, dentro del grupo de preadolescentes hay un niño de alrededor de 12 años cuya mamá fue operada de tumores, y entonces estábamos viendo cómo podíamos hacer, tal vez con la familia de los otros chicos, para articular algunos días y ver si era necesario que lo trajeran al club, porque la familia está atravesada por una urgencia que cambió la dinámica y que no se puede dejar de atender. A la vez, la equinoterapia para él, en este momento, no dejaba de ser un rescate. Por esto, poder articular dentro de las familias, ser sostén para que se llegue a la terapia, para que este niño llegue a la terapia, son todas cosas que me parece que sí son importantes.

Pregunta: ¿Cuál sería el encuadre propuesto para el Lic. en AT —asistir en todas las sesiones de un mismo niño, rotar entre niños o intervenir en situaciones de emergencia—, y por qué su presencia sería determinante?

El rol y la función serían formar parte del equipo y atender las distintas necesidades. Dentro del equipo aparecen necesidades que muchas veces se relacionan con el participante en sí, con las características de cada uno; entonces hay quienes pueden requerir mayor acompañamiento. También influye cómo se construye el vínculo con el niño. El profesor de equitación, que es el único varón del equipo, aporta algo que, dentro de las cuestiones de género, muchas veces se plantea como una forma de autoridad que resulta útil. Cada uno tiene roles más específicos, pero en las reuniones se trabaja en equipo, y cada uno va a aportar desde su mirada particular: la psicomotricista se detiene más en el uso del cuerpo, el tono, el equilibrio y la postura; la psicóloga, en lo emocional, lo conductual y los vínculos; el profesor de equitación, en las clases de montura, los tipos de estribos y el estado del caballo —si está apto o cansado—. Por ejemplo, si estuvo lloviendo una semana, a la otra los caballos están muy ansiosos; entonces observamos cómo llegan los niños y a quién se puede subir a tal caballo, o si solo se trabaja “pie a tierra” porque el caballo tiene demasiada energía y puede ser peligroso. Esa mirada de lo cotidiano y del vínculo con la familia es la que el acompañante terapéutico podría aportar al interior del equipo.

Pregunta: ¿Qué tipo de intervenciones esperan que el AT no realice, para evitar la superposición de roles con otros integrantes del equipo?

En realidad, las funciones tienen que ser más un buen diálogo al interior del equipo, ya que nos pasa esto de que por ahí estamos todos llamando a la mamá y respondiéndole todo junto, o de que había pasado una semana y no lo habíamos hecho, algo tan básico como eso. También, como somos medio charlatanas la psicóloga y yo, charlamos de que con este niño hay que trabajar la atención, o de darle consignas claras, pero a veces no se logra el equilibrio. Son cosas que se van a ir viendo en la práctica y con los participantes, porque, como todos, tienen más afinidad con unos o con otros del equipo; entonces a veces

responden más o mejor a una actividad dependiendo de quién se la proponga. Muchas veces nos toca acompañar aunque no sentimos que sea tanto de nuestro rol, porque los protagonistas son el caballo y los participantes.

Anexo 2. Consentimiento informado para la realización de las entrevistas

Consentimiento informado para el participante:

Estoy en conformidad de responder las preguntas de la entrevista sobre la temática: Integración del Acompañamiento Terapéutico en terapias con equino, con enfoque en niños y niñas con TEA. Tengo conocimiento de que los datos tendrán un tratamiento absolutamente anónimo y confidencial, y de que serán registrados por las alumnas de la UGR. Los datos obtenidos serán utilizados con fines exclusivamente de investigación, en el marco del Trabajo Final de la carrera, titulado "El rol del Licenciado en Acompañamiento Terapéutico dentro de un equipo interdisciplinario de Equinoterapia con niñas; enfoque en trastorno del espectro autista (TEA)", llevado a cabo por las alumnas Vanesa Costas y Vanesa Candia del Ciclo de Complementación Curricular de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico de la Universidad del Gran Rosario.

Firma y aclaración: Lic. en Psicomotricidad. Villegas Marina Soledad

Anexo 3. Guía de preguntas de la entrevista

Identificación de la incorporación de un Lic. en Acompañamiento Terapéutico:

1. ¿Qué vacío o necesidad observaron en la práctica clínica que los llevó a pensar en sumar un Licenciado en Acompañamiento Terapéutico al equipo?
2. ¿Cómo evalúan el beneficio de incorporar un Lic. en AT en las intervenciones de equinoterapia con niñas con TEA?

3. ¿Qué podría aportar el Licenciado en AT en el trabajo con niños con TEA que no esté cubierto por los demás profesionales del equipo?
4. ¿En qué momentos específicos del proceso terapéutico consideran que la presencia del AT sería determinante?
5. ¿Qué estrategias de anticipación y regulación sensorial esperan que el AT aporte al equipo interdisciplinario?
6. ¿Qué diferencia esperan que produzca la incorporación del AT en la experiencia de los niños con TEA durante las sesiones?

Rol y función dentro de la sesión:

1. ¿Cómo imaginan la función del AT dentro de la sesión de equinoterapia —acompañamiento físico, construcción de vínculo, sostén emocional, mediación— y cómo se combinarían esas dimensiones en la práctica?
2. ¿Qué lugar le asignarían al AT en relación con el vínculo niño-caballo: facilitador, sostén o intermediario?
3. ¿Cómo esperan que el AT articule su intervención con las indicaciones del instructor y del resto del equipo interdisciplinario en tiempo real?
4. ¿Qué tipo de intervenciones esperan que el AT no realice, para evitar la superposición de roles con otros integrantes del equipo?
5. ¿Cuál sería el encuadre propuesto para el AT: asistir a todas las sesiones de un mismo niño, rotar entre niños o intervenir ante situaciones específicas?
6. ¿De qué manera esperan que el AT contribuya a sostener la continuidad y la previsibilidad que los niños con TEA necesitan de una sesión a otra?

Familia, equipo y condiciones de trabajo:

1. ¿Qué rol le asignarían al AT en el vínculo con las familias de los niños que asisten a equinoterapia?
2. ¿Integrarían al Lic. en AT en las reuniones de equipo y en la construcción del plan terapéutico de cada niño?
3. ¿Bajo qué condiciones garantizaría el equipo al AT las herramientas necesarias para ejercer su rol (supervisión clínica, reuniones de equipo, acceso a información terapéutica)?
4. ¿Qué perfil y actitud esperan de quien ocupe este rol, más allá de la formación como Licenciado en AT?
5. ¿Cómo se resolverían eventuales desacuerdos entre el AT y otros integrantes del equipo respecto de una intervención puntual con un niño?