



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: "El rol del Acompañante Terapéutico en el Autismo"

Autor:

Sosa María Virginia N° DNI 29860116

Tutora:

Lic. Navarro, Sandra Verónica

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

31/07/2023

Firma autor/es

A handwritten signature in blue ink is located at the bottom center of the page. The signature is stylized and appears to be the name of the author, Sosa María Virginia.

Contenido

Introducción:.....	2
Trayecto histórico del Acompañamiento Terapéutico.....	3
¿Qué es el acompañamiento terapéutico?.....	5
Trastorno Espectro Autismo.....	13
Estrategias de intervención en el entorno natural del individuo con autismo.....	18
Conclusión:.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	37

Introducción:

En esta investigación, nos enfocaremos en la etapa que abarca desde los primeros años hasta el momento del diagnóstico del TEA. Durante esta etapa, es crucial brindar un entorno educativo adecuado que promueva el desarrollo de las capacidades del niño y fortalezca su participación en el proceso de aprendizaje.

El AT debe estar capacitado para trabajar con personas con autismo y debe conocer las características específicas de este trastorno. Debe tener herramientas para comunicarse con la persona y para adaptarse a sus necesidades y peculiaridades.

Esta investigación tiene como objetivo analizar las estrategias y recursos que pueden utilizarse para promover la inclusión educativa de los niños con TEA en las distintas etapas. Realizando un análisis de las intervenciones en el ámbito escolar del niño con la colaboración entre los diferentes actores involucrados y la implementación de prácticas adaptativas son fundamentales para asegurar una educación de calidad y el pleno desarrollo de los niños con TEA.

Objetivo general:

Visualizar estrategias del Acompañante Terapéutico en casos de autismo teniendo como objetivo general examinar y comprender las diferentes estrategias utilizadas por los Acompañantes Terapéuticos en el abordaje de personas con autismo

Objetivos específicos:

- Mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y ayudarlas a alcanzar su máximo potencial.
- Identificar y describir estrategias de intervención utilizadas por los Acompañantes Terapéuticos.
- Estrategias de reducción de conductas desafiantes
- Mejorar la comunicación verbal y no verbal mediante distintas estrategias.
- Promover el diagnóstico y la estimulación temprana en niños con autismo

Es importante tener en cuenta que cada persona con autismo es única y que el AT debe adaptarse a sus necesidades individuales. Además, el AT debe darse desde un enfoque integral que involucre a un equipo de profesionales, incluyendo terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, psicólogos y otros profesionales de la salud

Metodología: bibliográfica exploratoria, se basará en la revisión de las fuentes bibliográficas existentes sobre el tema.

Trayecto histórico del Acompañamiento Terapéutico

El trabajo psicoterapéutico con acompañamiento terapéutico, fue surgiendo tras distintas necesidades clínicas, donde este dispositivo es visto como una alternativa para poder seguir, con prácticas clínicas que con el tiempo se perdían o el paciente dejaba de asistir.

El Dr. Kalina E. (1970) en sus prácticas clínicas de psiquiatría surge un agente llamado en primer momento como "amigo calificado". Poco después el nombre fue sustituido por el de acompañante terapéutico. De esta manera se acentúa el aspecto terapéutico por sobre la amistad, y crear un vínculo con el paciente desde el rol establecido y no desde el rol que el paciente quiera. Esto genera la necesidad de trabajar desde un abordaje múltiple, que incluye esta función para la atención de pacientes en crisis o en casos que presentan una interrupción de tratamientos y su fracaso de manera recurrente.

El Dr. García Badaracco, J. desde 1960 trabaja con acompañamientos terapéuticos siendo jefe de servicio del Hospital J.T. Borda el mismo comenta que es una técnica usada desde hace años en países como los EEUU.

Otros de los profesionales es el Dr. Moizeszowicz, J. (1976) especialista en psicofarmacología quien empezó a trabajar a fines de la década del 70 con AT, en pacientes severamente perturbados, para poder afrontar su enfermedad en el quehacer cotidiano, mediante el trabajo interdisciplinario, en red. Inició con este tratamiento tiempo atrás, cuando no existían posibilidades como en la actualidad, de realizar abordajes múltiples desde la asistencia de la salud mental pública o privada. Estos modelos comunitarios surgen en la Europa de posguerra en el momento del cambio de la era manicomial a la reinserción social de los pacientes perturbados; con el objetivo de que los mismos pudiesen cambiar conductas y así obtener otros roles para poder ser insertados en la sociedad.

En la década del 70 el AT había comenzado como una alternativa frente a la internación psíquica a los que se les solicitaba desde algunas familias un tratamiento de emergencia, para pacientes en crisis a los que no se los querían llevar a una internación psiquiátrica.

En este mismo periodo el Hospital de Día del Hospital Infante Juvenil "Tobar García" desarrolló una técnica que se acercaba al acompañamiento terapéutico. Trabajaban estudiantes, luego licenciados en psicología que

iniciaron una actividad como líderes de grupo. Estos estudiantes pasaban tiempo con los chicos y salían a realizar paseos y visitas domiciliarias con el grupo de pacientes. Viajaban a la ciudad enseñándoles a orientarse, comprar un boleto de colectivo, bajar en el barrio correspondiente, era una actividad de convivencia y socialización con niños y adolescentes psicóticos o con neurosis graves. Se trabajan los puntos más fuertes de la persona para poder reinsertarse en la sociedad.

¿Qué es el acompañamiento terapéutico?

Rossi, (2007) En su libro describe que es el acompañamiento terapéutico que consiste en la asistencia ambulatoria de personas con trastornos psíquicos severas o en situaciones de crisis, que se realiza en el medio donde vive habitualmente el paciente y en actividades del ámbito social, por fuera del consultorio y el espacio institucional. La modalidad de intervención se sostiene desde una relación terapéutica personalizada, acotada a las necesidades y momentos de cada paciente y sus vínculos de referencia cotidianos, respetando la especificidad y los lineamientos de su tratamiento. Permitiendo que estas personas no estén institucionalizadas en lugares psiquiátricos teniendo consecuencias negativas para el paciente. El acompañamiento terapéutico es un recurso que fortalece y complementa en la vida cotidiana los abordajes institucionales, favoreciendo la continuidad entre esas distintas etapas, para tratar de evitar recaídas en los momentos de especial fragilidad psíquica. Permite contener y asistir al grupo familiar que suele estar atravesando una situación crítica o padecer los efectos de cuadros clínicos que implican un deterioro crónico del paciente. En trabajo con niños, ofrece una intervención que llega al medio familiar, social o educativo del niño, así como en el marco de las instituciones asistenciales, con objetivos puntuales delineados y orientados en una estrategia de trabajo en equipo.

Las funciones del acompañante terapéutico planteadas por Mauer y Resnizky (2004) son:

- 1) Contener al paciente en su cotidianeidad.
- 2) Ofrecerse como referente, ayudar a regularse como organizador psíquico.

3) Ayudar a “reinvertir”, es decir, asumir temporalmente las funciones del “Yo del paciente”, que este no puede desarrollar por sí mismo dado el debilitamiento por la enfermedad.

4) Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente, liberar la capacidad creativa inhibida y estructurar la personalidad alrededor de un eje organizador.

5) Aportar una mirada del mundo objetivo del paciente, para una mejor evaluación en la creación de la estrategia clínica.

6) Habilitar un espacio para pensar a través del vínculo aumentando el intercambio comunicativo del paciente.

7) Orientar en el espacio social, crear un puente al mundo que le rodea.

8) Intervenir en la trama familiar, descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia.

Desde las funciones señaladas se puede observar la importancia del vínculo en el AT. Autores como Galdós y Mandelstein (2009) señalan que el AT es un dispositivo clínico que centra su intervención en el vínculo y la relación con el paciente y su red social. Con todo esto, el AT busca conseguir una mejor condición de vida, menos lejana de la realidad, a través de un fortalecimiento del yo, un ajuste en las relaciones interpersonales y una percepción más clara de su propia existencia en el mundo (Mauer & Resnizky, 2004). De esta forma el acompañante terapéutico, como se indicaba antes, es un puente hacia al mundo.

Benítez (2017) en su texto:

¿Qué es? ¿Para qué? ¿Cómo? ¿Dónde? El rol del acompañante terapéutico escolar. El principal instrumento de trabajo de un acompañante terapéutico es su propia persona, por lo tanto es fundamental que pueda distinguir entre su ser personal y su papel como acompañante. Este último forma parte de un personaje, es decir, el desempeño de un rol, en el cual se manifiesta una presencia condicionada por diversos factores (Chevez, 2012, p. 118).

Al referirnos al rol, podemos plantear cuatro interrogantes: ¿Qué es?, ¿para qué?, ¿cómo? y ¿dónde? En este escrito intentaré responder esas preguntas con el propósito de identificar específicamente el rol del acompañante terapéutico en el ámbito escolar

En la primera pregunta ¿qué es? Dentro del campo del Acompañamiento Terapéutico, varios autores han realizado importantes desarrollos en relación a esta temática. Rossi (2004) enfatizó la importancia de diferenciar el rol de las funciones del acompañante terapéutico. Según este autor, muchas dificultades en este campo profesional surgen debido a la falta de definición clara entre el rol y las funciones del acompañante. Chevez (2012) destaca qué define el rol; establece un marco institucional de comportamiento que permite delimitar socialmente lo que es y no es un Acompañamiento Terapéutico. Para este autor, existe una diferencia entre la tarea por la cual se convoca a un acompañante (el rol) y las pautas que guían y determinan la forma particular en que se realiza la tarea (las funciones). Desde esta perspectiva, el rol representa a un tipo específico de actor (el acompañante terapéutico) en un contexto particular (en este caso, el ámbito educativo). Esto crea expectativas sociales específicas sobre lo que se puede esperar de ese actor.

Una segunda pregunta que surge "¿Para qué?". Esta pregunta se responde a través de las funciones del acompañante terapéutico. Podríamos decir que estas funciones constituyen la parte dinámica del rol y es aquí donde se aplica perfectamente la frase "caso por caso", que caracteriza nuestro campo de acción. En otras palabras, resultarían imposibles ser exhaustivas al enumerar las funciones, ya que estas surgirán de cada caso en particular. Sin embargo, en el ámbito escolar del Acompañamiento Terapéutico, existen ciertas particularidades que permiten identificar funciones específicas. podemos mencionar algunos como ejemplo: función intermediaria entre la familia, el equipo terapéutico, la institución educativa y el paciente; fomentar la capacidad de escucha, paciencia y tolerancia a la frustración; facilitar y promover la socialización con compañeros y adultos; ayudar en la construcción de normas y el reconocimiento de la autoridad; colaborar en la organización tanto interna como externa en relación a la vida diaria escolar; promover una buena comunicación e interacción, trabajando simultáneamente con todas las personas que rodean al individuo que se acompaña. Además, se tiene la función de brindar contención emocional y, en casos necesarios, contención física.

Un tercer interrogante con respecto al rol se refiere a "¿Cómo?". El rol también se estructura dinámicamente a través de aspectos creativos personales que involucran una serie de vínculos significativos con los que desempeñan roles complementarios. Además, es importante tener en cuenta que lo que se pone en práctica al eje el rol está relacionado con aspectos personales, cognitivos, emocionales, fantasías, entre otros. A este proceso lo denominamos recrear el rol. Si recordamos algunas de las definiciones del acompañamiento terapéutico, notaremos que en varias ocasiones se menciona como un agente de salud. Etimológicamente, "agente" proviene del latín y significa "aquello que hace". Sin embargo, el hacer del acompañante terapéutico no es un hacer cualquiera, sino que se trata de un hacer transformador que recurre a la acción espontánea para recrear el rol, apelando a la capacidad de creatividad e invención.

Por otro lado, el cuarto interrogante con respecto al rol es "¿Dónde?". En el caso del Acompañamiento Terapéutico Escolar, se puede retomar lo que mencionan Campise y Cols. (2012), quienes afirman que el acompañante, desde su rol, facilita la materialización de un proceso de integración. Mientras que la pedagogía se encarga de que un niño pueda asimilar los contenidos específicos de la asignatura que cursa a través de una adecuación curricular, en el acompañamiento terapéutico se trabaja en las dimensiones afectiva, conductual y social. Además, el acompañante actúa como objeto transicional al amortiguar angustias, fomentar la capacidad de espera y escucha, promover la tolerancia a la frustración, facilitar la socialización y el juego, así como anticipar la desorganización del niño a través de espacios adecuados.

Por lo tanto, al definir el rol del acompañante terapéutico escolar, es importante concebirlo como un espacio "entre", tal como afirman Kuras y Resnizky. Como acompañantes que trabajaron en el ámbito escolar, debemos tener en cuenta que nos encontramos en un espacio atravesado por lo pedagógico, pero con objetivos terapéuticos. Según Rossi (2012), un acompañante terapéutico que se desempeña en una Institución Educativa es un agente de salud que forma parte de un equipo terapéutico y trabaja con una persona que está experimentando dificultades en el ámbito psíquico y emocional, lo cual se manifiesta en síntomas en el ámbito educativo.

El rol del acompañante terapéutico escolar se caracteriza por su inserción en actividades relacionadas no solo con lo educativo y académico, sino también con el campo de la psicopatología, salud mental y clínica del

Acompañamiento Terapéutico. Según la autora mencionada, hay ciertas particularidades inherentes a este rol:

El espacio en el que se desempeña el rol, es decir, la escuela y todas las personas relacionadas directa o indirectamente con ella.

El Acompañamiento Terapéutico como un lugar de tensión entre las expectativas familiares y/o institucionales. Esto ayuda a moderar las ansiedades que surgen en relación al desempeño académico o institucional que el niño, la niña o el adolescente puede lograr y que a menudo está por fuera de lo esperado. Es importante destacar la flexibilidad de este rol, ya que permite partir de la subjetividad del acompañado, respetando sus necesidades, ritmos y tiempos, y desempeñando múltiples funciones. Sin embargo, también hay problemas asociados a este rol. Algunas dificultades surgen al momento de la demanda, como cuando se espera que el acompañante decida "lo que debe hacerse", o cuando se incorpora un acompañante terapéutico sin objetivos claros y con expectativas excesivas.

Es fundamental tener un conocimiento claro sobre las funciones y roles de los diferentes actores que forman parte del entorno escolar de nuestro paciente. Esto implica comprender los límites y responsabilidades tanto de nuestro propio rol como de los profesionales con los que interactuamos de manera constante.

En conclusión, el rol del acompañante terapéutico en la escuela abarca funciones específicas con niños, niñas y adolescentes que requieren contención emocional, afectiva y conductual debido a sus necesidades particulares para desenvolverse en el ámbito escolar junto a sus compañeros y docentes. A través del vínculo con el acompañado, el acompañante terapéutico trabajará en pro de su autonomía, toma de decisiones y reflexión sobre las posibles consecuencias, buscando mejorar la calidad de las relaciones interpersonales. Además, ayudará al paciente en la adaptación a situaciones de ansiedad y a tolerar las frustraciones inevitables que surgen en cualquier contexto, permitiendo que puedan practicarse de manera cotidiana en el entorno escolar.

Es importante tener en cuenta que el acompañante terapéutico que se integra en una institución educativa se centra principalmente en la experiencia de inclusión en aspectos afectivos, relacionales y socioculturales, más allá de los aprendizajes escolares. Si bien puede colaborar en aspectos académicos, esta no es su función principal. Su labor consiste en trabajar con los aspectos personales, privados y propios del paciente, diferenciándolos e integrándose

con lo público, lo social, promoviendo así la interacción entre ambos niveles para respetar y favorecer el desarrollo integral del acompañado

En el proceso de escolarización, nuestra labor como acompañantes terapéuticos consiste en brindar sostén emocional, afectivo y conductual al paciente para que pueda establecer vínculos saludables y satisfactorios de manera efectiva. Siendo parte de equipos que trabajan en pro de la salud mental, nuestro trabajo se guiará por principios éticos propios del Acompañamiento Terapéutico y estará respaldado por la supervisión clínica y el trabajo en equipo.

Al acompañar a niños, niñas y adolescentes en el entorno escolar, una acción distintiva de nuestro rol es la observación. Esta observación debe ser realizada de la manera más objetiva posible, con el objetivo de no solo informar sobre aspectos que a veces pueden pasarse por alto en otros espacios terapéuticos, sino también ser una herramienta previa a cualquier intervención. Esto es significativo, ya que nos permite planificar y llevar a cabo intervenciones terapéuticas teniendo en cuenta lo observado. La cotidianidad nos permite observar la subjetividad de la persona y nos brinda información valiosa que puede enriquecer al equipo terapéutico. A través de la observación, podemos cuestionarnos y reflexionar sobre lo que puede estar sucediendo, qué se manifiesta a través de lo observado y por qué ocurren ciertos comportamientos en el aula, durante el recreo o en momentos de entrada y salida de la escuela. Estas interrogantes nos ayudan a escuchar de manera más atenta y evitar imponer nuestras propias interpretaciones o intentar controlar lo que está ocurriendo.

Un vínculo terapéutico sólido, es fundamental para el éxito del tratamiento, ya que proporciona un ambiente seguro y de apoyo donde la persona se siente cómoda para explorar sus pensamientos, emociones y experiencias difíciles. Un vínculo terapéutico saludable se caracteriza por la empatía, la autenticidad, la aceptación incondicional y la colaboración entre el terapeuta y la persona.

La autora Kuras de Mauer, S. (2004) describe en su texto "Acompañante Terapéutico, Un Espacio Vincular" cómo en los primeros tiempos del acompañamiento terapéutico, tenían que improvisar todo. En el encuentro con el paciente, se exploraba e investigaba a través del vínculo, y así se iba gestando el guión de la intervención.

Fue en esos vínculos donde se encontraron verdaderos acompañantes terapéuticos. A pesar de la timidez y el entorno psicológico, se valoraban y jerarquizaron como pilares de la práctica clínica la potencialidad terapéutica del vínculo en el proceso de tratamiento y el trabajo con otros en diversos dispositivos de abordaje. Desde el principio, ese "espacio entre" dio sentido a la experiencia.

En la década de 1970, Los acompañantes se entregan apasionadamente a lo que creían que funcionaría. Durante ese período, las patrullas, equipos y grupos de trabajo en Salud Mental buscaron mejorar los enfoques tradicionales y romper con la medicalización deshumanizante que confinó al paciente. Fue en ese contexto que surgió la reflexión sobre las funciones ejercidas en el trabajo de acompañamiento vincular con el paciente, y la noción de "rol" se convirtió en el centro de atención durante una década en la que el acompañamiento encontró su lugar. En la actualidad, podemos decir que se trata de dispositivos vinculados que se construyen de manera inherente.

Los marcos de referencia, la institucionalización y la asociación profesional han contribuido, jerarquizado y estructurado la práctica del acompañamiento terapéutico. Estos elementos han aportado orden y coherencia a la forma en que se lleva a cabo el acompañamiento terapéutico en la actualidad

A continuación, me gustaría enfocar algunos conceptos de la escritora Kuras de Mauer, S. (2004) que han dado forma a nuestra propia trayectoria en relación al Acompañamiento Terapéutico:

Enfoque psicodinámico: fue un marco teórico psicodinámico para comprender el desequilibrio psíquico. La reclusión, la medicalización opresiva y las etiquetas diagnósticas alienantes requirieron fuertes denuncias y movimientos comprometidos para desmanicomializar a los enfermos y ayudarlos a encontrar nuevamente un sentido de pertenencia en la sociedad. Para abordar la salud mental, buscamos modelos abiertos, heterogéneos y cambiantes, en lugar de confinamiento y encierro. "los casos difíciles que ponen a prueba al profesional,-dice A. Green- que tratamos de ser políglotas, pero nuestras fuerzas son limitadas".

Es necesario hablar diferentes "idiomas" para comprender sus dialectos. Los dispositivos clínicos de abordaje múltiple son propuestas clínicas que buscan integrar los diversos roles en un equipo. En 1971, nuestras

limitaciones nos impulsaron a trabajar en esta dirección, en un equipo especializado en terapias de abordaje múltiple.

El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo: Como se destacó al principio, el papel del AT y su eficacia clínica, hoy en día concebimos el acompañamiento en términos de dispositivo. Tomando el concepto de "dispositivo" de Michel Foucault, se refiere a una serie de prácticas y mecanismos destinados a abordar una urgencia y lograr un efecto. De este concepto, nos interesa destacar tres aspectos esenciales para esta profesión: la naturaleza estratégica del dispositivo, su capacidad de generar relaciones de poder y su capacidad para producir cambios en las personas y en el entorno

El equipo terapéutico como un espacio que aloja y permite la intersección de múltiples transferencias en dispositivos clínicos conjuntos. Cada textura transferencial diversa refleja diferentes corrientes de la vida psíquica del paciente. Más allá de las vicisitudes transferenciales, es importante destacar que el acompañamiento terapéutico es primordial un espacio vincular. El vínculo terapéutico que se establece entre el paciente y los profesionales involucrados es crucial para el proceso terapéutico. Este espacio de relación permite la construcción de confianza, la expresión emocional, el trabajo conjunto en la búsqueda de soluciones y el desarrollo de habilidades para la vida cotidiana.

Fraternizar la escucha: Este concepto hace referencia a la capacidad del AT de establecer una relación de escucha empática y comprensiva con el paciente, en la cual se genera un sentido de cercanía y confianza mutua.

Es importante destacar que la fraternización de la escucha no implica una relación de amistad o familiaridad en el sentido convencional. En lugar de eso, se refiere a la capacidad del AT para establecer una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y la empatía, donde se promueve el bienestar y el crecimiento del paciente.

En resumen, el acompañamiento terapéutico se ha convertido en una herramienta valiosa en el abordaje del Trastorno del Espectro Autista. El AT trabaja en conjunto con otros profesionales de la salud, familiares y docentes para promover el desarrollo integral del niño, facilitar su inclusión educativa y

mejorar su calidad de vida. A través de un enfoque personalizado y centrado en las necesidades individuales, el AT contribuye a que los niños con TEA puedan alcanzar su máximo potencial y participar

Trastorno Espectro Autismo

(Cleffi, 2014) El autismo se caracteriza por presentar alteraciones cualitativas en el desarrollo en las áreas social, en la comunicación y alteraciones cognitivas, así como por un repertorio de conductas repetitivas, rígidas y estereotipadas, con intereses restringidos. Se manifiesta precozmente, generalmente antes de los 3 años de edad.

El término autista fue utilizado por primera vez en el año 1911 por Eugen Bleuler al referirse a un trastorno del pensamiento de algunos pacientes esquizofrénicos, cuyos síntomas son el resumen de las llamadas cuatro A.

1. Falta de Asociación

Es la falta de asociación entre las ideas que expresa el paciente; es decir, se trata de una alteración en el pensamiento que se traduce en el lenguaje a través de incoherencias, ilogicidad, etc.

2. Afecto aplanado

Es un síntoma negativo consistente en la ausencia de cualquier expresión emocional o afectiva (o la práctica ausencia). El paciente parece “como si no sintiera nada”.

3. Ambivalencia

La ambivalencia se manifiesta en el comportamiento del paciente, que se muestra un tanto incoherente, desorganizado, “de un lado a otro”, etc. Hoy en día lo traduciremos como un comportamiento desorganizado, síntoma positivo típico de la esquizofrenia.

4. Autismo

Finalmente, la 4ª A que propone Bleuler Eugen, P. es la de Autismo; de esta forma, el paciente se muestra distante, como “encerrado en su mundo”, aislado, con unos intereses muy restringidos, etc.(Mitjana,2019)

Manzotti (1996) indicaba que estos pacientes presentaban dificultades para el contacto afectivo con el resto de las personas, se encontraban insertos en un mundo de fantasías, ensimismado y alejados de la realidad. El concepto de espectro autista puede ayudarnos a comprender que, cuando hablamos de autismo y de trastornos profundos del desarrollo, empleamos términos comunes para referirnos a personas muy diferentes.

Existen puntos importantes, que nos alertan que hay que hacer una investigación más profunda. Es probable que se derive al niño a un especialistas como psiquiatra , un psicólogo infantil, un neurólogo pediátrico para poder hacerle una evaluación.

Que un lactante de 6 meses no sonría

Que no responda al nombre a los 10 meses.

Que un niño no silabee a los 12 meses (que no diga ba-ba, ma-ma, pa-pa)

Si un niño pierde habilidades en su lenguaje

Que el niño no interactúa con gestos o señales como saludar.

No responde a su nombre

La edad de detección de los síntomas se da en la primera infancia, alrededor de los 30 meses, siendo los padres, abuelos quienes notan los primeros rasgos de los niños, estos rasgos se manifiestan en dos variables, a partir del año, año y medio, cuando no se adquieren algunas destrezas como no mirar o sonreír o por lo contrario algunas ya adquiridas son abandonadas como decir algunas palabras y después dejar de hablar.

Es por esto que es fundamental la detección temprana y para acompañar a los padres de los niños en el proceso de vínculo con sus hijos, además de desarrollar modos de comunicación que le permita relacionarse socialmente desde temprana edad.

En la página web del ministerio de salud de la pov. de Bs As (Cleffi,2017) se desarrollan los siguientes síntomas con las distintas etapas del niño , estos puntos son importante tenerlos en cuenta para poder entender al niño con este espectro en TEA.

Las alteraciones o retrasos, registrar:

- Detección de comunicación social

9 meses

- Sigue con la mirada cuando el cuidador señala y exclama: '¡mira el... (un objeto familiar)!'.
-

12 meses (lo anterior más lo siguiente)

- Intenta obtener un objeto fuera del alcance, para lo que llama la atención del cuidador señalando, verbalizando y estableciendo un contacto visual (acción protoimperativa).
- Balbuceo.
- Gesticulaciones (señalar, hacer adiós con la mano).

15 meses (lo anterior más lo siguiente)

- Establece contacto visual cuando habla con alguien.
- Extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos.
- Muestra atención compartida (compartir el interés por un objeto o actividad).
- Responde de forma consistente a su nombre.
- Responde a órdenes simples.
- Dice 'papá' y 'mamá' con sentido.
- Otras palabras simples (16 meses).

18 meses (lo anterior más lo siguiente)

- Señala partes de su cuerpo.

- Dice algunas palabras con significado.
- Hace juego simbólico (muñecos, teléfono).
- Responde cuando el examinador señala un objeto.
- Señala un objeto, verbaliza y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y el cuidador con la única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto (acción protodeclarativa).
- Trae objetos a los adultos, simplemente para mostrarlos.

24 meses (lo anterior más lo siguiente)

- Utiliza frases de dos palabras.
- Imita tareas domésticas.
- Muestra interés por los otros niños.
- Frases espontáneas (no sólo ecológicas) de dos palabras a los 24 meses.

Los parámetros del desarrollo de la comunicación social :

Indicadores de autismo típicos de la etapa de 18-36 meses, según Riviére

1. Sordera aparentemente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No comparte "focos de atención" con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a los adultos vinculados para comprender situaciones que le interesan o extrañan.
5. No mira lo que hacen las personas.
6. No suele mirar a las personas.
7. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
8. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones.
9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
10. Las novedades le disgustan.

11. Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de video.
12. Coge rabietas en situaciones de cambio.
13. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
14. Resulta difícil “compartir acciones” con él.
15. No señala con el dedo índice para compartir experiencias (protodeclarativos).
16. No señala con el dedo índice para pedir (protoimperativos).
17. Frecuentemente “pasa por” las personas como si no estuvieran.
18. Parece que no comprende o que comprende “selectivamente”, sólo lo que le interesa.
19. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.
20. No suele iniciar las interacciones con los adultos.
21. Para comunicarse con él, hay que “saltar un muro”, es decir, ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos.
22. Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad.
23. No “juega con” otros niños.
24. No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.
25. No da la impresión de “complicidad interna” con las personas que lo rodean aunque tenga afecto por ellas.

Es crucial considerar la etapa que abarca desde los primeros años hasta el momento del diagnóstico, para facilitar el desarrollo de las capacidades y fortalecer la educación de los niños. En la primera etapa de su vida el niño pasa tiempo tanto en el hogar como en centros educativos, donde los padres suelen alcanzar con el propósito de fomentar su evolución relacionándose con otros niños.

Los especialistas en diagnosticar el espectro autista son los encargados de comunicar a los padres cuales son las dificultades y habilidades que tiene

que enfrentar el niño, para tener en cuenta a la hora de ingresar al sistema educativo.

Estrategias de intervención en el entorno natural del individuo con autismo

El acompañante terapéutico puede trabajar algunos puntos clave en el abordaje del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Cada persona con TEA tiene fortalezas, desafíos y necesidades únicas. Por lo tanto, es esencial el tratamiento y las intervenciones según las características individuales de cada niño. Un enfoque individualizado garantiza que se aborden las áreas específicas que requieran mayor atención y se promueva un progreso significativo.

La falta de independencia en niños con TEA es un factor desfavorable dentro del entorno educativo sería mejor contar con la presencia de un AT, quien pueda brindar apoyo al niño y actuar como un enlace con los demás. Por lo general estos niños no son capaces de lograr una meta tan importante como llevar a cabo las rutinas de autonomía diaria de forma adecuada

Se le dificulta actividades relacionadas con vestirse, merendar , etc. A la hora de comunicarle una indicación es necesario que sean estas explicaciones claras y concisas , teniendo en cuenta que el niño pueda entender la consigna .

Una forma sencilla es poder aplicar tanto en el ámbito familiar como en una institución escolar , es la secuencia de rutinas en sistema analogicos (pictogramas y/o fotos), a estos mismo se les puede incluir los horarios de las actividades..

Lo primero es poder generar una rutina donde se pueda anticipar lo que va a suceder. La rutina ayuda al niño a disminuir la ansiedad y con ayuda de pictogramas comunicarle lo que va a suceder, a diferenciarlo de los demás niños que tienen una idea global de la semana.

Se puede armar una secuencia donde el niño se pueda orientar ejemplo, ingreso a la institución, actividad, recreo, merienda. Etc.

Estas adaptaciones metodológicas juegan un papel fundamental en el desarrollo del niño dentro del entorno escolar y la sociedad en general. La dificultad para comprender las instrucciones grupales y la falta de autonomía

requieren de una atención especial en la adaptación de las consignas grupales. Es importante utilizar claves visuales, gestuales o modernas que ayuden al niño a comprender lo que se espera de él, dirigiéndose primero al grupo y luego de forma más clara e individualizada. Contar con un acompañante terapéutico en el aula podrá implementar estas estrategias y permitir la participación del niño en las actividades escolares.

En cuanto al desarrollo del lenguaje y la comunicación, algunos niños presentan un lenguaje poco desarrollado o incluso la falta de comunicación verbal. En ambos casos, el acompañante terapéutico tiene como objetivo fomentar el lenguaje a través de juegos y canciones con movimiento, ayudando al niño a incorporar el lenguaje de manera progresiva. Se busca enseñarle al niño conductas alternativas, como repetir las verbalizaciones como pensamientos internos, para aumentar su motivación hacia las tareas.

Es común que los niños con autismo presenten dificultades en el control del volumen de su voz. En este sentido, el uso de un "termómetro de volumen" puede ser útil para que el niño regule visualmente la intensidad de su voz, comprendiendo que el volumen 0 corresponde al silencio y los diferentes niveles de volumen corresponden a diferentes niveles de intensidad.

La interpretación y transmisión de aspectos de comunicación no verbal, como el contacto visual, el control postural, el espacio personal y el uso de gestos, suelen ser difíciles para las personas con TEA. Por lo tanto, es importante que la intervención sea sutil para no generar ansiedad en el niño.

En relación al desarrollo de la socialización y la interacción, algunos niños pueden imitar los movimientos motores no adecuados de sus compañeros en ciertas situaciones. El acompañante terapéutico debe crear situaciones que permitan al niño expresar sus movimientos y promover su desarrollo motor. También se fomenta la socialización a través de actividades que aumentan las interacciones con otros niños de su edad, como talleres de habilidades sociales, ludotecas y deportes no competitivos.

El desarrollo del juego es otro aspecto clave. Es importante observar si el niño muestra interés en estar cerca de otros niños, incluso si su juego no está relacionado directamente con ellos. El juego simbólico puede estar poco desarrollado o ser limitado y repetitivo en los niños con autismo. En el entorno preescolar, se pueden utilizar rincones de juego con juguetes que promuevan el juego simbólico, como tiendas, teléfonos, cocinas, coches y trenes. Es fundamental que estos momentos de juego se realicen en presencia de uno y de manera guiada.

La hiperactividad es común en los niños pequeños con autismo, manifestándose a través de conductas inapropiadas y frecuentes. Es importante crear un ambiente controlado y predecible para reducir la hiperactividad y reemplazar las conductas no deseadas por otras más adaptadas. Al proporcionar un entorno controlado, se pueden disminuir las conductas no apropiadas y fomentar aquellas más adecuadas para el niño.

En relación a las dificultades emocionales, es importante considerar dos aspectos principales: los niveles de ansiedad y estrés, y la baja tolerancia a la frustración. Los lloros y rabietas son conductas que deben tenerse en cuenta y comprenderse en el contexto de sufrimiento y limitaciones. Es fundamental identificar las causas de las dificultades emocionales a través de la observación de cuándo y cómo se presentan. Los cambios de actividad, ciertas situaciones ambientales y momentos de desorden pueden ser desencadenantes habituales de altos niveles de estrés y ansiedad. Se deben aplicar métodos rápidos para abordar estos casos, ya que los altos niveles de ansiedad pueden dificultar otros aprendizajes. El acompañante terapéutico debe estar preparado para calmar al niño utilizando métodos de relajación y, si es necesario, buscar ayuda externa.

Las dificultades sensoriales son comunes en muchos niños con autismo, especialmente cuando experimentan molestias ante determinados ruidos o niveles de intensidad. Las escuelas suelen tener momentos de ruido intenso, y es importante tener en cuenta que aunque los niños con autismo pueden adaptarse en otros aspectos, su malestar ante el ruido puede anular esas capacidades de adaptación. El acompañante terapéutico buscare un lugar más cómodo con menor intensidad de ruido y tratar de calmar al niño utilizando palabras o frases cortas y en tono bajo.

Todo nuestro trabajo como acompañante está enfocado a mejorar la calidad de vida y mejorar los aspectos mencionados anteriormente. La prioridad es la comunicación y la estabilidad emocional y afecto

El juego puede ser una herramienta muy útil en el proceso terapéutico del acompañamiento terapéutico, especialmente cuando se trabaja con niños o personas con discapacidad intelectual. A través del juego, se puede facilitar la comunicación, la expresión emocional y la resolución de conflictos. Por ejemplo, un acompañante terapéutico puede acompañar y promover los juegos de mesa para trabajar habilidades sociales y de comunicación, o juegos de rol para ayudar a una persona a expresar y gestionar sus emociones. También puede utilizar el juego como una forma de relajación y reducción del estrés, lo que puede ser especialmente útil en personas que sufren de ansiedad o trastornos del estado de ánimo.

El juego en niños con trastorno del espectro autista, es importante para desempeñar su desarrollo y poder generar un vínculo con el AT. Primero, desde el punto de vista cognitivo, la manipulación, organización y uso posterior de objetos para representar personas, lugares y cosas en el mundo real e imaginario, esto ayuda al niño a comprender el mundo que lo rodea. Segundo, desde el punto de vista social, jugar con objetos e ideas, primero en solitario y luego en compañía, ayuda a los niños a conectarse con los demás. Tercero, desde el punto de vista emocional, el juego permite explorar y expresar sentimientos positivos y negativos. Es erróneo pensar que los niños con trastorno del espectro autista no juegan en absoluto, y no participan.

Como veremos a continuación el médico psiquiatra Greenspan y Wieder, (1987). Los resultados de los 200 casos llevaron a Greenspan y Wieder a publicar en el año 2000 la descripción completa del modelo DIR/Floortime (ICDL, 2000). En este contexto, el acompañante terapéutico puede utilizar el modelo "Floortime" como una guía para establecer un vínculo terapéutico sólido con el niño. El modelo destaca la importancia de la empatía, la escucha activa y la comprensión profunda del mundo interno del otro. El acompañante terapéutico puede aplicar estas ideas en su trabajo diario, brindando un espacio seguro y de contención emocional al niño.

El vínculo terapéutico entre el acompañante terapéutico y el niño se construye a través de la confianza, la comprensión y la empatía mutua. Al

aplicar los principios del modelo "Floortime", el acompañante terapéutico puede fomentar la comunicación no verbal, el respeto por los tiempos y ritmos del niño, y la adaptación a sus necesidades individuales.

. A continuación desarrolló en breves palabras el modelo floortime:

Floortime es una técnica específica en que el compañero de juego, por lo general el acompañante, recibe la indicación de sentarse en el piso y trabajar con el niño para que éste adquiriera dominio de cada una de las capacidades de desarrollo.

Se inicia entrando en el mundo del niño y guiarlo a que comparta con nosotros, donde le podemos enseñarle y ayudarlo a concentrarse .Luego de este tiempo tomamos la iniciativa de tener una conversación de ida y vuelta con palabras , gestos, respetando los tiempos.

Mediante el juego queremos lograr la creatividad, la interacción con los pares, guiarlo a comprender el mundo que lo rodea. Una vez que la interacción es recíproca se sigue trabajando para que la comunicación se vaya ampliando y sea compartida con otros niños.

Hay distintas técnicas de juego a parte de floortime , como juegos motores donde el AT puede acompañar y trabajar con el niño . Estos pueden hacerse en compañía de música suave, donde se puede trabajar la imitación y movimientos.

Se encuentran distintos juegos para desarrollar la parte motora como el tren, saltar, etc. Con estos juegos se trabaja la petición, la toma de turnos y el respeto de reglas.

Interactivos y circulares: Se elige un signo y posteriormente una palabra esto ayuda a establecer una comunicación. El acompañante terapéutico (AT) fomenta el contacto visual y la atención donde progresivamente va dificultando y reforzando el lenguaje

Juegos funcionales: El niño es orientado a que utilice adecuadamente los objetos y los relacione por su uso fundamental. Esto supone una antesala al juego pre simbólico. Ej. Jugar con los coches-garaje, muñecas, comiditas, etc. En estos momentos del juego se puede acompañar realizando la onomatopeya del juguete .

El juego es la actividad primordial de los niños y dentro del ámbito educativo se considera una forma de enseñanza en sí misma, que contribuye al desarrollo intelectual, emocional y social de los estudiantes. A través del juego, los niños exploran y se apropian de su entorno, comprenden cómo funcionan las cosas y aprenden qué pueden o no hacer con ellas. También comprenden la existencia de reglas, ya sean de causalidad o de comportamiento, que deben seguir si desean que los demás participen en el juego (habilidades sociales).

Mediante el juego se desarrollan:

- Capacidades sensoriales
- Capacidades motrices (coordinación e independencia

en los movimientos).

- Herramientas de socialización.
- Habilidades de autonomía personal.
- Funciones ejecutivas.
- Habilidades sociales, de lenguaje y comunicación.

Ante la práctica del rol del acompañante terapéutico, se plantea la necesidad de considerar las diversas intervenciones que lleva a cabo el profesional en la vida diaria del paciente. Este aspecto es de gran relevancia y se manifiesta en nuestra rutina diaria, logrando la implementación de lo terapéutico en nuestra profesión. Reconocemos que el acompañante terapéutico trabaja en la cotidianidad, generalmente involucrándose en casos graves o momentos críticos. Es fundamental contar con un equipo interdisciplinario que permita abordar los objetivos terapéuticos, revelar espacios y relaciones saludables para el paciente, al mismo tiempo que fomentar la salud de su entorno y potenciar sus aspectos más positivos.

Benitez, Del Corro (2017) en su relato "intervenciones una mirada desde el contexto escolar" desarrolla que en la cotidianidad del AT surge la necesidad de posibles intervenciones que realiza tanto en el ámbito escolar como en otros espacios.

El vínculo que se genera entre el paciente y el acompañante, así como de situaciones cotidianas en las que el acompañante se encuentra involucrado.

Con esto nos referimos a situaciones en las cuales el acompañante puede decodificar y verbalizar sensaciones, emociones y hechos que el paciente no puede expresar, comprender o registrar, como puede ser el caso de ciertas situaciones sociales. No estamos hablando de interpretación en el sentido de hacer consciente lo inconsciente, como ya mencionamos anteriormente. Se trata de una forma de intervención en la cual se "interpreta" lo que está sucediendo, por ejemplo: "Estás enojado y por eso responde así a tu maestra... Me parece que lo que acaba de suceder está relacionado con tu miedo a estar solo...", como ejemplos ilustrativos. O también puede surgir de una situación social, por ejemplo, pensamos en un niño que tiene dificultades para empatizar con los demás. Si este le dice a su compañera de banco: "Florencia, tienes mal aliento", y luego de ese comentario la compañera comienza a llorar. Cuando un niño se enfrenta a dificultades para empatizar y entender las indicaciones de sus comentarios en el contexto social, el AT juega un papel fundamental en la enseñanza y el apoyo emocional. Posteriormente, se abordó con el niño el motivo detrás de la reacción de su compañera, la cual ella no podía comprender, ya que desde su perspectiva solo estaba expresando algo que mejoraría verdaderamente, sin tener en cuenta el impacto emocional que dicho comentario podría causar.

Los casos que se presentan a continuación son intervenciones donde muestra el rol de acompañante terapéutico, que son extraídos del libro "Acompañamiento Terapéutico" Escolar, capítulo: Intervenciones: mirada desde un contexto escolar. del autor. Fátima Benítez, Rosario Del Corro, Romina Machado, Jesica Morán

Estos son algunos ejemplos de los niños que han trabajado con AT en distintas temáticas .

Presencia y Mirada: La presencia constante y la atención plena brindaron la oportunidad al paciente de experimentar la continuidad de una relación en primer lugar, y luego la construcción de un vínculo. Por ejemplo, se puede observar el caso de Pedro, un niño de 7 años que está en segundo grado y participará por primera vez en un acto escolar. En uno de los encuentros, el acompañante terapéutico llega al aula y nota que Pedro no está. Su compañera de banco le informa que está ensayando en el patio. A pesar de no estar presente físicamente, el acompañante terapéutico permanecerá en el aula durante toda la actividad. Desde allí, observa cómo Pedro de vez en

cuando le echa un vistazo a través de la ventana, a lo que la acompañante responde con un saludo o una sonrisa, logrando que él continúe con lo que está haciendo. Al despedirse, el acompañante se acerca a Pedro y lo felicita por su participación en el acto y por haber estado solo en el ensayo. Pedro, mirándolo, responde: "Y sí... ¡si yo sabía que tú estabas aquí!". Luego le da un abrazo y sale corriendo al recreo.

La importancia de la presencia y la conexión emocional que se establece a través de la mirada, permitiendo que el paciente se sintiera apoyado e incluso en momentos en los que el acompañante no puede estar físicamente presente. La contención puede adoptar formas físicas o psíquicas con el propósito de establecer límites en una situación específica y evitar un estado de mayor desorden. Un ejemplo de ello es el caso de Mara, una niña que cursaba primer grado y experimentaba episodios de descontrol significativos dentro del aula. Sin embargo, gracias a la relación de confianza establecida, la asistente terapéutica (at) pudo anticiparse a estos momentos.

Mediante un acuerdo previo, la at proporcionó contención física a Mara en esos momentos críticos, abrazándola. Juntas se dirigían hacia la puerta del aula y se dirigían al patio, donde Mara tenía la oportunidad de liberar su malestar emocional sin ser expuesto ante sus compañeros. De esta manera, se brindó una contención física que le permitió a Mara tener un espacio adecuado para expresar sus emociones.

En resumen, la contención física en este caso se utilizó para establecer un límite y un entorno seguro donde Mara podría desplegar sus emociones, impidiendo así una mayor desorganización dentro del aula.

El contacto corporal puede ser una intervención adecuada, especialmente al trabajar con niños, cuando se busca proporcionar contención y organizar al paciente. En el caso de Pilar, una niña de 7 años tenía dificultades para percibirse como un individuo separado del entorno que la rodeaba, incluyendo objetos y personas. Como resultado, las agresiones a sus objetos personales eran interpretadas como agresiones a su propio cuerpo.

Por ejemplo, si un compañero empujó su banco mientras pasaba por el pasillo del aula, esto desencadenó en Pilar una crisis de ansiedad y un desborde emocional, lo que dificultó su permanencia en el aula. Para abordar esta situación, se trabajó desde el acompañamiento y el reconocimiento del

propio cuerpo. Se abrazaba a la niña, funcionando como un límite que proporcionaba orden y continuidad en el tiempo, ayudándola a superar ese momento.

En esta etapa, no era apropiado utilizar palabras hasta que Pilar pudiera ir reconociendo los límites de su propio cuerpo y de los demás individuos y objetos. El contacto corporal se empleó como una herramienta terapéutica para proporcionar contención y ayudar a Pilar a establecer límites y comprender su propio cuerpo.

La intervención de la sensación de mismidad se refiere a la posibilidad de restituir al paciente, ya sea un niño, niña o adolescente, un sentido de unidad corporal y psíquica, es decir, el sentido de "sí mismo". En el caso de Juan, un niño de 5 años que asiste a un jardín de infantes en una escuela privada, experimenta una gran ansiedad cada vez que la maestra elige a alguien para participar en una actividad. Esta sensación provoca reacciones emocionales intensas como llantos, gritos y pataleos. Para abordar esta situación, se trabajó con la asistente terapéutica (at) para devolverle a Juan una experiencia de unidad en esos momentos, permitiéndole reconocerse a sí mismo como un todo. De esta manera, Juan se sentaba en las piernas de su AT y acariciaba su cuello hasta lograr calmarse. Con el tiempo, el niño comenzó a elegir esta conducta por sí mismo cada vez que la maestra estaba a punto de elegir a alguien para participar. Mediante esta intervención, se buscaba proporcionar a Juan una sensación de seguridad y coherencia interna al conectarse con su cuerpo y encontrar tranquilidad en el contacto físico con su asistente terapéutico. Esto le permitía manejar su ansiedad y enfrentar de manera más efectiva la situación en la que la maestra elegía a alguien. La sensación de mismidad ayudó a Juan a establecer un sentido de identidad ya regular sus emociones en momentos desafiantes.

Por otra parte, la función paterna o de interdicción es una idea desarrollada por Donald Winnicott en relación con la presencia simbólica del padre en la relación madre-bebé. Esta función implica que el padre, como el "tercer objeto" en la relación, desempeña un papel importante en el desarrollo del niño.

Según Winnicott, la función paterna tiene que ver con sostener a la madre mientras ella sostiene al niño. Esto significa que el padre está presente para apoyar y proteger tanto a la madre como al niño. El padre también representa un ambiente indestructible que acompaña a la unidad madre-bebé y luego se transforma en la relación madre-hijo.

El papel del padre implica proporcionar seguridad y protección al niño frente a la agresión ya los impulsos instintivos. Su presencia permite al niño correr riesgos y explorar el mundo, sabiendo que el padre está ahí para corregir o prevenir cualquier situación peligrosa. Esto crea un sentido de confianza y seguridad en el niño.

Además, la presencia del padre permite que la madre cumpla sus funciones sin tener que asumir las características paternas. Esto da lugar a que el niño o la niña puedan desarrollar diferentes tipos de vínculos emocionales y experiencias con cada uno de sus progenitores.

En resumen, la función paterna se refiere al papel del padre como sostén, protector y proveedor de un ambiente seguro. Su presencia simbólica en la relación madre-bebé es fundamental para el desarrollo emocional y la formación de vínculos del niño.

El papel del padre como referente implica la responsabilidad de corregir situaciones en el ámbito privado. En el caso de Santino, un niño de 7 años, su relación con la figura paterna implica establecer límites y fomentar la privacidad. Sin embargo, surge una situación en la que la terapeuta acompañante intenta proteger tanto al paciente como a los demás niños al establecer una norma clara de comportamiento. Al indicar con firmeza que la conducta de Santino de tocarse compulsivamente los genitales debe llevarse a cabo en un lugar privado y no en el aula, el terapeuta está interviniendo para establecer un límite y promover la privacidad. Esta intervención busca enseñarle al niño la importancia de respetar los espacios y los límites sociales aceptados.

Al requerir que Santino salga del aula si no puede detener su comportamiento, el AT también está promoviendo la responsabilidad individual

y la autorregulación. Al hacerlo, está ayudando al niño a comprender que sus acciones tienen consecuencias y que es necesario ajustar su comportamiento de acuerdo con las normas establecidas.

En resumen, esta intervención se corresponde con la función paterna de establecer límites, promover la privacidad y enseñar al niño a respetar las normas sociales ya regular su comportamiento de manera adecuada

Reconocer o establecer límites y leyes: Algunos pacientes requieren que les expliquemos claramente los límites que existen en la sociedad, que nos hacen ser diferentes y separados de los demás. Por ejemplo, en el caso de Martín, un paciente diagnosticado con síndrome de Asperger, tenía dificultades para comprender la distancia adecuada para mantener una conversación con alguien y distinguir los roles y niveles de confianza (como maestros, amigos, padres, etc.). Por lo tanto, trabajamos en explicitar los límites de cada persona, lo que le permitió conversar y entender hasta dónde podía llegar.

Separación: Con un paciente de 5 años en el que están trabajando la tolerancia hacia los espacios propios y ajenos, fue necesario abordar primero el reconocimiento de su propio cuerpo a través del contacto con otro, y posteriormente comenzar a trabajar en el reconocimiento de que el otro es diferente a él, separando los cuerpos y los individuos. Para lograr esto, el acompañante realizaba diferentes ensayos de presencia y ausencia, con y sin contacto físico, de diversas duraciones, con el objetivo de detectar la tolerancia del paciente y fomentar su afirmación individual.

Luego se encuentran las llamadas secundarias son aspectos mas organizados de la personalidad, uno de ellos son:

Señalamiento: Ciro se encuentra en el recreo jugando con un grupo de chicos, cuando ingresa al salón, insulta al AT., se va a la esquina opuesta del salón y sigue con el insulto. Se calma y vuelve a hablarle, como si no hubiera pasado nada.

Retoma lo sucedido y dice que ella le clavó las uñas, en ese momento le explica que no había sido ella sino que fue un compañero.

Esclarecimiento: A menudo, el acompañante desempeña el papel de traductor y facilitador, especialmente en los vínculos sociales entre el paciente y su

entorno más cercano, evitando malentendidos y mejorando la comunicación. Por ejemplo, en el caso de Paulina, una niña con síndrome de Asperger que tiene dificultades para empatizar con las personas, ocurrió lo siguiente: durante una mañana en su clase, antes de comenzar una oración, una compañera solicitó que se rezara por un familiar fallecido muy cercano. Paulina respondió: "Pero está bien, tu abuelito tenía que morir porque si no, no entraríamos todos en el mundo". Ante este comentario, la niña se puso a llorar. El acompañante terapéutico habló con Paulina y le explicó que, aunque las personas tengan que morir, este tipo de comentarios pueden ser muy dolorosos e incluso provocar enojo. La intervención del acompañante buscaba aclarar los sentimientos y emociones relacionados con momentos como la muerte de un ser querido. Además, también se involucró con los compañeros de Paulina, reflexionando sobre lo sucedido y enfatizando que Paulina no tiene malas intenciones al realizar este tipo de comentarios.

Información: Esta intervención proporciona información sobre el mundo exterior, sobre algo que pueda estar ocurriendo y de lo cual el paciente no tiene conocimiento. Por ejemplo, cuando hay cambios de actividades en la escuela o cuando no podrán encontrarse en un día específico debido a un feriado, se brinda esta información al paciente

También existen las intervenciones desde la acción o desde la omisión la intervención desde la acción son comunes en casos donde hay dificultad en el control del impulso.

Por ejemplo, el acompañante puede utilizar palabras de freno y acompañarlas con algún gesto físico, como tomar de la mano, abrazar, entre otros.

Por otro lado, las intervenciones desde la omisión de una acción implican la necesidad de no realizar una determinada acción. Un ejemplo de esto es cuando se juega con alguien que tiene dificultades para tolerar la frustración, como en el caso de Joki.

En este caso, el acompañante decidió no jugar ajedrez ni damas, justificando esta omisión diciendo que no entendía esos juegos. Con el tiempo, se llegó a un acuerdo en el que ninguno de los dos ganaba ni perdía, empatando en cada partida. Joki podía jugar, pero solo si el acompañante decidía a qué jugar o si tomaban la decisión juntos. Fue necesario aprender a esperar y "aburrirse", sin ofrecer una solución para llenar el vacío del aburrimiento. Con el tiempo, el disfrute por el juego comenzó a surgir, apareciendo chistes, bromas y risas.

Esta intervención se basó en la acción de no hacer algo, en mantener la incertidumbre y permitir que Joki explorara y encontrará su propio disfrute en el juego.

Las intervenciones pueden ser directas o indirectas, una intervención directa se dirige directamente al paciente, sin utilizar intermediarios. .En este caso el AT emite un mensaje y el paciente es el receptor. por ejemplo cuando un niño está conversando y el acompañante le dice “ copia lo que está en el pizarrón porque la maestra lo borra y luego te enfadas.

Por otro lado, una intervención indirecta se dirige a otra persona significativa para el paciente o a la situación o tarea que se está llevando a cabo, de manera que se pueda influir de alguna manera.

En resumen, los textos presentados destacan diferentes tipos de intervenciones utilizadas en el trabajo de acompañantes terapéuticos. Se mencionan intervenciones que implican establecer límites claros, trabajar en la separación y reconocimiento del otro, y brindar claridad sobre los sentimientos y emociones. También se describen intervenciones desde la acción, donde el acompañante realiza acciones específicas para ayudar al paciente, y desde la omisión, donde se evita realizar ciertas acciones. Además, se aborda la diferencia entre intervenciones directas, dirigidas directamente al paciente, y las intervenciones indirectas, que se dirigen a otros significativos o a la situación en sí. En conjunto, estos textos resaltan la importancia de las intervenciones en el trabajo del acompañante terapéutico para ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades, comprender emociones y promover su bienestar.

Para poder visualizar el rol de AT a continuación presentaremos el caso de un niño diagnosticado con TEA y la intervención en el caso .La autora de este registro es de Noelia Morales, enero 2015.

-Institución: Centro de día Renacer (Centro para niños y adolescentes discapacitados). Supervisado por un Licenciado en Terapia Ocupacional. Profesionales: Licenciados en Psicología, maestras integradoras. -Paciente: Lucas, 17 años. Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), autismo, retraso mental leve. Ingresó a la institución en 2008. -Información adicional: Usa pañales / No toma medicación. -Antecedentes médicos: A los 3

meses de vida, fue internado durante 20 días debido a una bronquiolitis. Luego, fue derivado a otro hospital durante 3 meses y medio debido a un estado general regular, diagnosticado con aspiración de líquidos por alteración en la glotis. -Hitos del desarrollo: Hablaba hasta los 2 años y luego dejó de hablar. Comenzó a caminar a los 23 meses. -Composición familiar: Madre, padre (actualmente separados), hermano mayor, abuela paterna. Su abuela lo crió, pero su madre se hizo cargo de él hace unos años. -Indicaciones: Trabajar en las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Últimamente, se niega a lavarse las manos y la cara, lo que le impide participar en el taller de cocina. "Activarlo" después del almuerzo, ya que no quiere hacer nada más que dormir.

El primer encuentro: En su ingreso a la institución, la psicóloga del centro lleva a la acompañante terapéutica, al encuentro con Lucas y se presentan ambos. Lucas está recostado en el suelo sobre una colchoneta. Lo saludo verbalmente y me presento. Él extiende su mano para saludarme y al tocarlo, comienza a realizar movimientos pélvicos enérgicos y constantes, que se detiene cuando la encargada del grupo le dice que pare.. Me senté al lado y nuevamente intenté acercarme. Pone su cara muy cerca de la mía y jadea. Intentó cambiar su atención sugiriendo una actividad, lo logró por un breve momento. Le indico que las sillas deben estar más separadas y no tan juntas. Lucas escucha, pero no sigue mi indicación. Continúa con esa actitud. Lucas adopta una postura de acecho, mira de forma penetrante, no acepta límites y no puede cambiar su atención. Ese día, su único interés era acercarse a mí. Evidentemente, hay una excitación que no encuentra una forma de canalizar y la despliega en cualquier situación.

Durante todo el primer encuentro, se repiten episodios de erotización. En el siguiente encuentro, al entrar, le digo a Lucas, que desde ahora nos íbamos a saludar con la mano (apretón de manos o saludo a distancia) y que nos sentamos en sillas enfrentadas, para evitar las conductas de erotización del encuentro anterior. Él acepta este límite sin ningún problema. Realmente parecía otra persona. Tenía otra postura tanto física como comportamental. Me encontré con un muchacho con una mirada retraída, inclinado en la silla, sereno, serio, aunque con ganas de interactuar conmigo. Comienzo a trabajar con Lucas una de las indicaciones que me proporcionó la observo que Lucas se lava las manos de forma correcta, utilizando agua y jabón que luego seca con toalla. No ocurre lo mismo en el lavado de dientes, si bien se coloca pasta dental en el cepillo, en un primer momento se cepilla la

mejilla izquierda y luego sobre los labios. Como si no pudiera discernir los bordes y límites de la boca, como si todo fuera una unidad.

En los sucesivos encuentros le muestro el modo más apropiado de cepillarse los dientes, le sugiero que abra la boca, ya que debe lavarse sobre los dientes y no sobre los labios. Le explico que los dientes se encuentran dentro de la boca y no fuera de ella. Él reconoce perfectamente donde se ubican los dientes y sabe que debe cepillar sobre ellos, pero no puede llevarlo a cabo sobre sí mismo, en su boca. En el cuarto encuentro y con reiteradas indicaciones de mi parte, Lucas, logra abrir la boca aquí nuevamente no puede encontrar un límite, ya que al colocar el cepillo dentro de la boca lo lleva hasta la garganta, sin darse cuenta que en algún momento debe frenar.

En los siguientes encuentros, continúo trabajando con Lucas el tema de los límites en esta tarea que le resulta tan poco grata, indicando hasta donde debe ingresar el cepillo dentro de su boca para poder cepillarse las otras caras de los dientes, pero le resulta muy difícil seguir esta indicación. Al notar que en lugar de propiciar este hábito, le está generando más rechazo, le sugiero que se cepille solamente la cara frontal de los dientes (superiores e inferiores), hasta que logre controlar el impulso de ingresar el cepillo hasta la garganta y deje de producir arcadas y sensación de asco. A lo largo del acompañamiento, observó que esta tarea realmente le produce mucho rechazo, asco, sensación de malestar. Quizás haya una relación con el problema de salud que tuvo en la glotis cuando era un bebé, quizás esa zona se encuentre sensibilizada debido a esto.

Otra de las indicaciones a seguir por parte de la profesional a cargo, es que Lucas pueda hacer “algo” en las horas que comprenden el horario de la tarde, ya que en los últimos tiempos solamente se recostaba en una colchoneta para descansar.

En los primeros encuentros observé que las actividades que realizan en el centro no le resultan interesantes, entonces opté por indagar qué tenía ganas hacer. Al preguntarle esto, me invita a jugar un juego de memoria, en los que hay que encontrar dos fichas iguales. Noto que esta actividad la realiza con entusiasmo, entonces al encontrar correctamente los pares lo felicito aplaudiendo y/o “chocando los cinco”. Este cumplido reconforta a Lucas y él también aplaude y se ríe a carcajadas cada vez que realiza correctamente una actividad. Lucas no habla, sólo emite sonidos guturales, aunque mediante

señas se hace entender muy bien. Entonces me centré en estimular el habla e intentar que pueda mejorar su expresión verbal. Cada vez que jugamos a los juegos de memoria le digo en voz alta el nombre del objeto que se encuentra en esa ficha y el color, en un principio sólo escucha, sin emitir sonido, aunque lo veo atento e interesado en escuchar.

En los siguientes encuentros sigo con la misma táctica, y él empieza a buscar y señalar en la sala objetos del mismo color que los que aparecen en las fichas del juego de memoria. Al encontrar el mismo color, ambos festejamos. Claramente este festejo, está cumplido, hace que Lucas se sienta valorado y encuentre placer en estas actividades, que tenga ganas de seguir realizándose. Al llevar esto al espacio de supervisión, la Lic. Sarbia, se percata que aquí es donde tengo que intervenir con respecto a la palabra. No con el nombre del objeto en sí como lo venía haciendo, sino con el color. Y en este espacio es donde me doy cuenta que Lucas primero percibe el color de los objetos y luego el objeto. Entonces la TO me sugiere que trabaje el tema del habla con los colores y que identifique qué letras puede pronunciar.

En el siguiente encuentro, puedo distinguir que Lucas pronuncia con dificultad las letras A / O / T. Estas letras las utiliza en todas las palabras, lo que hace que todas las palabras sean prácticamente iguales. Asimismo, observo que a Lucas le interesan los sonidos, entonces al encontrar un color en la sala, revista, lápiz de color o un objeto, lo repito en voz alta exagerando su pronunciación, por ej., la letra U, pronunció como un aullido de lobo. Esto le causa gracia y repite ese sonido. Ya por el sexto encuentro, cada vez que ingreso a la sala, Lucas me espera con algún objeto para mostrarme su color e intentar pronunciarlo. Esta actividad la realiza durante casi todo el tiempo del acompañamiento, lo que denota un gran interés de su parte por poder decir algo más. Así es, como con práctica y tiempo, mediante la imitación logra pronunciar mucho mejor varias palabras. Entre ellas se encuentran, AZUL, en los primeros encuentros decía TATOO, en el noveno encuentro AUUL y en el final del acompañamiento logra pronunciar AUSUUL. Algo similar sucedió con la palabra ROSA, en los primeros encuentros decía TATA, luego OOA y por último RRROSA. También con la palabra ROJO, empezó diciendo TOTA, luego OOA y en el decimoquinto encuentro RRROTO. Y el color CELESTE, en un primer momento decía TEE, más tarde EETE y en el último encuentro SEESTE. Asimismo identifica y pronuncia claramente las palabras SI / NO,

todas las vocales, las consonantes L / R / T, los números 1 / 2 / 3 / 6 y puede decir bastante bien su nombre.

Unos encuentros antes del final del acompañamiento, le comenté a Lucas que debíamos hacer un cierre ya que mi trabajo allí está por terminar. Le propongo que cada uno haga un dibujo y se lo entregue al otro a modo de obsequio. En el anteúltimo encuentro, realizamos los dibujos. En el dibujo de Lucas, aparecen varios colores, claramente sus favoritos, y mientras realiza el dibujo, repite el nombre del color con el que está pintando. Yo dibujé una casa con un árbol. Luego de terminar, intercambiamos los dibujos.

En el último encuentro, seguimos trabajando con los colores y la pronunciación. Al retirarme saludo a Lucas con la mano a distancia como lo hice a lo largo de todo el acompañamiento. Pero esta vez, él no me saluda con la mano de lejos, sino que se acerca y me da un apretón de manos (Morales 2015)

El relato describe los primeros encuentros con Lucas en los que se observaron episodios de erotización y comportamiento inapropiado. Sin embargo, en el siguiente encuentro, se respetarán los límites claros y se le enseña cómo saludar y verse correctamente. Lucas sostuvo estos límites y mostró una actitud más serena y deseosa de interactuar.

Durante el acompañamiento, se trabajó en mejorar las actividades de la vida diaria (AVD) de Lucas, centrándose en el lavado de dientes. Se demostró que Lucas tenía dificultades para discernir los límites de su boca y tendía a cepillarse los labios en el lugar de los dientes. A través de indicaciones y demostraciones repetidas, Lucas progresa en esta tarea, aunque seguía teniendo dificultades para controlar la presión sobre su lengua.

Otra indicación fue fomentar que Lucas realice alguna actividad durante las horas de la tarde en lugar de simplemente descansar. Después de descubrir que no estaba interesado en las actividades del centro, se le preguntó qué le gustaría hacer, y optó por jugar juegos de memoria. Durante el juego, se le felicitaba por sus logros y esto parecía motivar y generar placer.

Se trabajó en estimular el habla de Lucas, y se demostró que tenía dificultades para pronunciar ciertas letras. Se descubrió que le interesaban los sonidos, especialmente los de los colores. A través de la repetición y la

imitación exagerada de la pronunciación de los colores, Lucas mejorará su capacidad para pronunciar varias palabras y mostrará un gran interés en comunicarse.

Cerca del final del acompañamiento, se realizó un cierre simbólico con intercambio de dibujos como obsequio. En el último encuentro, Lucas sorprendió a la narradora al acercarse y darle un apretón de manos, mostrando un comportamiento más apropiado.

El relato destaca el progreso y los logros de Lucas en términos de aceptar límites, mejorar las AVD, desarrollar habilidades de habla y mostrar interés en las actividades. También se mencionan posibles explicaciones para las dificultades de Lucas, como su experiencia de salud en la infancia

Conclusión:

La figura del acompañante terapéutico puede ser de gran ayuda para las personas con autismo. Un acompañante terapéutico es un profesional que trabaja con una persona con autismo para ayudar a desarrollar habilidades sociales y de comunicación, y para fomentar la independencia y la autonomía, establecer un vínculo donde el niño pueda progresivamente, relacionarse con los demás. Además, el acompañante terapéutico debe trabajar en colaboración con otros profesionales, como terapeutas del habla y ocupacionales, para desarrollar un plan de tratamiento integral para la persona con autismo.

Los niños con autismo tienen necesidades específicas y pueden requerir apoyo adicional para tener éxito en un entorno educativo. Un acompañante capacitado puede brindar el apoyo y la atención individualizada que estos niños necesitan para participar plenamente en el proceso educativo.

Como se ha desarrollado en este trabajo el acompañante puede ayudar a los niños con autismo implementando estrategias para desarrollar habilidades sociales, comunicativas y académicas, adaptando las actividades y el entorno a sus necesidades particulares. Además, puede servir como un enlace entre el niño y el personal de la escuela, incorporar información y estrategias para facilitar la inclusión y la participación del niño en el aula, el acompañante terapéutico puede utilizar juegos, canciones y actividades interactivas para fomentar el lenguaje y ayudar al niño a adquirir habilidades de comunicación de manera progresiva. Estas estrategias son siempre indicadas por el profesional a cargo del tratamiento.

En resumen, al implementar estrategias adecuadas de apoyo y adaptación en el entorno educativo, es posible promover el desarrollo integral de los niños con TEA, potenciando sus capacidades y fomentando su participación activa en la sociedad. El acompañamiento de profesionales capacitados y la colaboración entre padres, especialistas y educadores son fundamentales para lograr una educación inclusiva y de calidad para todos los niños, los niños con autismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Benitez, F., Del Carro, R., Machado, R., Morán, J.(2017)Acompañante Terapéutico Escolar (1ª .Ed.) editorial bujas

Campise, W. (2012) Cap.12: “Acompañamiento Terapéutico Escolar”. En Dragotto, P.A. y Frank, M.L. (2012) Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T. Ed.

Chevez. A (2012) Cap. 6: “Acompañamiento Terapéutico en España”. Acerca de Acompañamiento Terapéutico Corominas. J (1980-1991) Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. Vol 6. Gredos, Madrid.

Cleffi, Vilma Susana, (28 Abril,2014) Trastorno del Espectro Autista (TEA), ministerio de salud <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pediatria/trastorno-del-espectro-autista-tea/>

Garcia Badaracco J. Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico. Revista de Psicoanálisis, v. 35, n. 3, p. 529-578, 1978.

Gonzalez C. Velasco M(el síndrome de asperger intervención psicoeducativas,Edita: Asociación Asperger y TGDs de Aragón

Greenspan, S. I., &Wieder, S. (2005). Can children with autism master the core deficits and become empa-thic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental. individual-difference, re-lationship-based (DIR®) approach. The Journal of Developmental and Learning Disorders, 9, 39–61.

Guerezca, B. (02 de junio de 2019). De amigo calificado a acompañante terapêutico. La Capital. Retirado <https://www.lacapital.com.ar/mas/de-amigo-calificado-acompanante-terapeutico-n2502893.html>. Acceso en 11 nov. 2019.

Mauer, S. K. & Resnizky, S. (2004). Acompañantes Terapéutico. Actualización teórico-clínica (2ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Letra Viva

Mitjana, Laura(24 julio,2019) Eugen Bleuler: biografía de este psiquiatra suizo, Psicología y mente <https://psicologiaymente.com/biografias/eugen-bleuler>

Moizeszowcz J, Mozeszowcz M.(2000)Psicofarmacología y territorio freudiano, ed. Paidós. Buenos Aires , Argentina .

Morales, N.,(2015) Colores. At-lazos. <https://at-lazos.com.ar/wp/2020/07/18/colores/>

Morillo, C. (2020). Plan B (1ª ed.). Buenos Aires: Vergara

O'Connor, J., Schaefer, C. y Braverman, L. (2017). Manual de terapia de juego (2ª ed.). México, DF: El Manual Moderno. redes y sus interlocutores (1ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Polemos.

Riviére, A;Martos, J(2000) Madrid Asociación de padres de niños autista.

Rossi, G. P. (2007). Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores (1ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Polemos.

Winnicott, D. (1966). “Los elementos masculino y femenino escindidos que se encuentran en hombres y mujeres”. Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires. Ed. Paidós.