



**Facultad de Psicología y Ciencias Sociales**

**Escuela de Psicopedagogía**

**Sistema de Comunicación Alternativa-Aumentativa. Una estrategia para facilitar el**

**Vínculo Terapéutico.**

Alumna:

Carla Marina Andreoli

Legajo N° 22878

Tutor Metodológico: Lic. Marcela Isabel Sivila

Tutor Temático: Lic. Karina Sambataro

Marzo, 2021

*“El encuentro libera, el amor libera, el valor muestra un campo de posibilidades imprevistas para la persona. No curó el psicólogo, no curó la técnica, lo que cura es la relación. El encuentro entre dos personas, una dispuesta a ayudar y la otra dispuesta a ser ayudada”.*

*Alejandro De Barbieri*

## Resumen

La comunicación y el vínculo son pilares del espacio terapéutico. Es importante el uso de estrategias que faciliten un buen vínculo terapéutico especialmente en pacientes con alteraciones en la comunicación y lenguaje. En este trabajo se propuso analizar el uso de un sistema de comunicación alternativo-aumentativo favorece el vínculo terapéutico de los profesionales con los niños y adolescentes que presentan dificultades en la comunicación a través del lenguaje oral. Para ello, durante el 2020, se realizó una entrevista semi-estructurada a un grupo de trabajadoras del Centro Educativo Terapéutico MAPU, ubicado en la ciudad de La Plata donde asisten niños y adolescentes con discapacidad intelectual y motora. La muestra estuvo compuesta por 11 mujeres de entre 25 y 50 años. La implementación de un SCAA generó que los aspectos positivos del vínculo terapéutico mejoraran un 48 % y los negativos disminuyeran un 75 %. Los resultados mostraron que es indudable la importancia de la implementación de un recurso alternativo a la comunicación para poder pensar en un vínculo terapéutico genuino, dándole a ese sujeto el lugar de ser, de ser parte de una sociedad, expresar sus necesidades, intercambiar ideas, emociones y sentimientos, consecuentemente le dará la opción de elegir y ser el actor principal en los procesos de autonomía e independencia. Por otra parte, se enriquece la alianza terapéutica, relevante para garantizar la dimensión relacional entre terapeuta y paciente, por lo cual la utilización de un SCAA es un pilar fundamental para alcanzar un buen vínculo y lograr las metas del tratamiento terapéutico.

**Palabras Clave:** Vínculo terapéutico, comunicación, lenguaje, discapacidad, psicopedagogía.

### Abstract

Communication and bond are pillars of the therapeutic space. The use of strategies that facilitate a good therapeutic bond is important, especially in patients with alterations in communication and language. In this work it was proposed to analyze if the use of an alternative-augmentative communication system favors the therapeutic bond of professionals with children and adolescents who present difficulties in communication through oral language. To do this, during 2020, a semi-structured interview was conducted with a group of workers from the MAPU Therapeutic Educational Center, located in the city of La Plata where children and adolescents with intellectual and motor disabilities attend. The sample consisted of 11 women between the ages of 25 and 50. The implementation of an SCAA generated that the positive aspects of the therapeutic link improved by 48% and the negative aspects decreased by 75%. The results showed that there is no doubt the importance of the implementation of an alternative resource to communication in order to think about a genuine therapeutic bond, giving that subject the place of being, of being part of a society, expressing their needs, exchanging ideas emotions and feelings which consequently will give him the option to choose and be the main actor in the processes of autonomy and independence. On the other hand, the therapeutic alliance is enriched, which is relevant to guarantee the relational dimension between therapist and patient, therefore the use of an SCAA is a fundamental pillar to achieve a good bond and achieve the goals of therapeutic treatment.

**Key words:** therapeutic link, communication, language, disability, psychopedagogy.

## Índice

Marco Teórico.....	6
Lenguaje.....	6
Habla.....	10
Comunicación.....	11
Sistemas de Comunicación Aumentativa-Alternativa (SCAA).....	13
Vínculo terapéutico.....	15
La importancia del establecimiento de un vínculo en la Psicopedagogía.....	20
Antecedentes.....	23
Planteo del problema.....	30
Objetivos.....	32
Objetivo General.....	32
Objetivos específicos.....	32
Hipótesis.....	32
Método.....	32
Diseño.....	32
Participantes.....	33
Técnica de recolección de datos.....	33
Procedimiento.....	34
Resultados.....	34
Discusión.....	44
Conclusión.....	49
Referencias.....	53
Anexo.....	59

## **Marco Teórico**

Para entender si un Sistema de Comunicación Alternativa-Aumentativa es un recurso adecuado para mejorar el vínculo con aquellos individuos que presentan dificultades en el lenguaje, es esencial diferenciar los conceptos de lenguaje, comunicación y habla ya que estos términos son similares, sin embargo, denotan aspectos distintos del desarrollo y uso del lenguaje (Owens, 2003).

### **Lenguaje**

Se entiende por lenguaje al código o combinación de ellos, compartidos por una serie de individuos, que es arbitrario, se utilizan para representar conocimientos, ideas y pensamientos. Para esto el lenguaje se vale de símbolos gobernados por reglas que son necesarias para establecer la relación entre sonidos, elementos con significado o alguna combinación de ellos. Si esto no ocurre, surgen sólo sonidos sin sentido, esto existe debido a que los usuarios, se han puesto de acuerdo respecto de los símbolos que deben utilizar y reglas a seguir, se trata de un proceso sometido a un constante uso y modificación, en el seno de las necesidades comunicativas (Owens, 2003). El lenguaje es utilizado para designar la capacidad del ser humano de comunicarse y de representar la realidad mediante signos convencionales, quienes cuentan con un dispositivo genéticamente determinado que, en contacto con el estímulo del ambiente, se activa, permitiendo aprender a hablar (Maggio, 2020). El lenguaje es un código compartido que permite al hablante y al oyente de una misma lengua intercambiar información, sucede porque cada usuario utiliza el mismo código; este es compartido por un mecanismo que permite a cada interlocutor representar un objeto, un suceso y una relación que cada usuario del lenguaje codifica, decodifica, según cual sea su concepto de los mismos. La decodificación del mensaje depende de los significados compartidos por el hablante y por el oyente, de las capacidades lingüísticas de cada uno, y del contexto en el que tiene lugar el intercambio.

Así mismo, existen diferentes teorías sobre el desarrollo del lenguaje, una de ellas, para el desarrollo del lenguaje son necesarios mecanismos innatos que predisponen al niño a la interacción social, también son precisos los soportes y asistencias ofrecidas por el adulto en la interacción con el niño (Bruner, 1984). Además, son importantes los factores internos como los externos en el proceso del desarrollo del lenguaje. Entre las influencias intrínsecas se destacan, las características físicas del individuo, el estado de desarrollo del mismo y otros atributos determinados genéticamente. Las influencias extrínsecas durante la infancia están vehiculadas principalmente por la familia y su entorno, las personalidades, estilos de cuidado, el estatus socio-económico de la familia y la cultura donde el niño ha nacido.

Castañeda (1999) señaló que para la adquisición del lenguaje son necesarios, el cumplimiento de los siguientes aspectos, proceso de maduración del sistema nervioso, correlacionando sus cambios progresivos con el desarrollo motor en general y con el aparato fonador en particular; desarrollo cognoscitivo que comprende desde discriminación perceptual del lenguaje hablado hasta la función de los procesos de simbolización y pensamiento; desarrollo socio-emocional, resultado de la influencia del medio socio cultural, de las interacciones del niño y las influencias recíprocas.

En relación al desarrollo del lenguaje se diferencian dos etapas, primeramente, la puesta en marcha de aquellos mecanismos que permiten el nacimiento del lenguaje como tal, y se denomina período prelingüístico; la segunda, lingüística, en ella eclosionan las primeras características del lenguaje adulto (Owens, 2003).

Cabe destacar que el periodo prelingüístico es la etapa preverbal iniciando desde el nacimiento hasta los 12 meses; a nivel cognitivo, Maggio (2019) citando Piaget, refiere que el niño comienza a formar sus propios esquemas sensoriomotores, durante esta etapa la comunicación que establece el bebé con su madre u otro cuidador, este es de tipo afectivo y

gestual, la madre empieza a enseñar el lenguaje (Maggio, 2019). Esto ocurre mediante el habla de estilo materno, se caracteriza por ser estructuralmente con frases cortas, no subordinadas, hay un alto grado de redundancia, el léxico es aquellas que están presentes en el entorno del niño.

Las subetapas del desarrollo del período prelingüístico y las características del niño en cada una de ellas se pueden ver en la tabla 1.

**Tabla N°1:** *Período pre-lingüístico (adaptado de Castañeda, 1999; Narbona y Chevré Muller, 2003; Owens, 2003)*

Meses	Características
0 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1° manifestación sonora, indiferenciada en cuanto a tono y razón de su estado.</li> <li>● Estadio de vocalizaciones reflejas o casi reflejas (bostezos, arrullos, suspiros, llanto).</li> <li>● 2° mes el llanto cambia su tono según el contenido afectivo de dolor, hambre, molestia.</li> <li>● El llanto deja de ser un reflejo o sonido indiferenciado y empieza a comunicar necesidades al mundo que lo rodea.</li> <li>● Mantiene contacto visual, reacciona ante sonidos/cambios ambientales, mira y atiende a la cara del hablante.</li> <li>● Disminuye el llanto, se tranquilizan ante la voz familiar (autorregulación).</li> <li>● El bebé distingue entonaciones afectivas reaccionando con alegría, sorpresa, temor según tono de voz.</li> <li>● Realiza vocalizaciones, sonidos de placer, displacer, llantos diferenciados, juego vocal.</li> <li>● Sonrisa social, Vocaliza cuando le sonrían, hablan.</li> </ul>
3 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intención para llamar, pedir atención. Turnos conversacionales.</li> <li>● Balbuceo (m,p,b).</li> <li>● Gira la cabeza hacia las voces e intenta interactuar con el adulto.</li> <li>● Reconoce rostros familiares.</li> <li>● Lloro ante tono de voz enojado, varía el llanto.</li> <li>● Anticipa eventos cotidianos (comida).</li> <li>● Imita expresiones faciales.</li> <li>● Sonríe y vocaliza ante su imagen en el espejo.</li> </ul>
6 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Modifica el volumen, tono y el ritmo.</li> <li>● Comparte juegos con el adulto</li> <li>● Comprende frases como: “vení acá” “dame un beso”.</li> <li>● Reacciona al NO y a su nombre.</li> <li>● Atiende a fotos y figuras.</li> <li>● Usa gestos, vocalizaciones y llanto para llamar la atención, protestar.</li> <li>● Vocalizaciones espontáneas, vocálicas, consonánticas y silábicas (combina dos sílabas: pa-pa, ma-ma, ba-ba, da-da, ta-ta, ga-ga)</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saluda con la mano “chau”.</li> <li>• Imita gestos y el tono del habla adulta; ecolalia.</li> </ul>
9 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1° palabra, mayor comprensión verbal.</li> <li>• Mira objetos cuando los nombran.</li> <li>• Entrega objetos, realizar acciones rutinarias ante el orden verbal.</li> <li>• Comprende preguntas simples.</li> <li>• Identifica partes del cuerpo en sí mismo.</li> <li>• Comienza a decir al menos una palabra: mamá y papá.</li> <li>• Vocaliza para llamar a otras personas.</li> <li>• Extiende brazos para pedir upa, para señalar, mostrar.</li> <li>• Monosílabo intencional.</li> <li>• Simplifica el lenguaje adulto, por ejemplo: “pa...a” señalando la panera, corresponde a “Dame pan, mamá”.</li> </ul>

---

De modo idéntico, en la etapa lingüística se inicia con la expresión de la primera palabra, se le otorga una legítima importancia es el primer anuncio del lenguaje cargado de un propósito de comunicación; es decir se consideran las subetapas que se describen en la Tabla 2.

**Tabla N° 2:** *Período lingüístico (adaptado de Castañeda, 1999; Narbona y Chevie Muller 2003; Owens, 2003).*

---

Meses	Características
12 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palabras bisilábicas, sustantivos, sobre generalizaciones.</li> <li>• Mayor gestualidad, proto palabras.</li> <li>• Imita juegos como el cuidado del bebé, le canta.</li> <li>• Uso de intermediarios.</li> <li>• Comprensión: mantiene la atención en dibujos, figuras, comprende órdenes simples con y sin ayuda gestual, identifica partes del cuerpo en sí misma, comprende calificativos del adulto (bueno, malo, agradable, desagradable).</li> <li>• Expresión: sacude la cabeza para decir NO, dice de 8 a 10 palabras nuevas, intenta imitar palabras nuevas, pasa del balbuceo mixto a holofrase (palabra-frase), intenta cantar.</li> <li>• Tiene un vocabulario de entre 4 y 6 palabras a los 15 meses.</li> </ul>
18 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecolalias y holofrases.</li> <li>• 24 meses 50 palabras y habla telegráfica.</li> <li>• Esta etapa coincide con el surgimiento de la función simbólica en el niño y termina el predominio de la inteligencia sensorio motriz dando lugar a la inteligencia interpersonal. Con la función simbólica el niño tiene la capacidad de representar las cosas y evocarlas sin necesidad de que estas estén presentes.</li> <li>• Utiliza “yo” y “mío”</li> </ul>
3 años (2 años 6 meses a 4 años aprox.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comienza con las primeras emisiones de oraciones simples, combinando al menos tres palabras.</li> <li>• La expresión verbal se va enriqueciendo con elementos gramaticales, con el aumento del vocabulario y con la progresiva adquisición del sistema fonológico el cual se completa a los 5 años aprox.</li> </ul>

---

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A finales de esta etapa, el niño será capaz de poner de manifiesto habilidades conversacionales y realizar relatos sencillos.</li> <li>● Aumenta notoriamente su comprensión y expresión.</li> <li>● Comprende oraciones complejas, con más de una orden verbal.</li> <li>● Se enriquecen sus producciones con preposiciones, artículos y pronombres, pero no siempre de manera correcta.</li> </ul>
A partir de los 4 años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El niño puede responder a preguntas de comprensión referentes al comportamiento social, dado que su lenguaje ya se extiende más allá de lo inmediato.</li> <li>● El lenguaje tanto comprensivo como expresivo continúa enriqueciéndose en todos sus niveles: fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático.</li> </ul>

---

Es dable hacer hincapié, que carece de sentido analizar y estudiar el lenguaje fuera del marco que proporciona la comunicación; si bien el lenguaje no es algo esencial para la comunicación, esta sí constituye un elemento esencial y definitorio del lenguaje (Maggio, 2019).

### ***Habla***

Por otra parte, Owens (2003), refiere que el habla es un medio verbal, para comunicarse o transmitir significado, es un proceso que requiere una coordinación neuromuscular muy precisa, necesaria para la planificación y la ejecución de secuencias motoras determinadas. La comunicación a través del habla es modificada por la calidad de la voz, la entonación, el ritmo, los gestos, las expresiones faciales y posturas corporales, a su vez, cada uno de estos componentes contribuye a clarificar el significado del mensaje. Por otra parte, cada lengua hablada dispone de sonidos específicos o fonemas, de ciertas combinaciones idiosincrásicas de esta lengua (Owens, 2003).

Sin duda, los niños transitan gran cantidad de tiempo del primer año de vida experimentando un mecanismo vocal y produciendo una amplia diversidad de sonidos, progresivamente, los mismos empiezan a reflejar el lenguaje del entorno que rodea al niño. Sin embargo, el habla comprensible lo lograrán cuando adquieran las reglas lingüísticas,

ello ocurrirá sólo en aquellos individuos que alcancen un desarrollo neuromuscular que lo permita (Owens, 2003).

### **Comunicación.**

Cabe sustentar, según (Owens, 2003 y Pérez de Lara, 2008) el habla como el lenguaje son parte de un proceso más amplio de comunicación, el mismo es el proceso mediante el cual los interlocutores intercambian información e ideas, necesidades y deseos, es un proceso activo que codifica, transmite y decodifica un mensaje. Se requiere de un emisor y un receptor, cada uno de ellos debe estar atento a las necesidades informativas del otro, para asegurarse que los mensajes se transmitan de manera eficaz; así mismo, puede ocurrir mediante la utilización de diversos tipos de códigos. Los seres humanos se comunican con todo el ser, entre ellos, la mirada, gestos y no solamente a través de las palabras.

Según García (2008), la medida en que cada hablante tiene éxito en su comunicación, se mide a través de la eficacia del mensaje, denominado competencia comunicativa, el comunicador competente es capaz de concebir, formular, modular y emitir mensajes, así como darse cuenta en qué medida el mensaje se ha comprendido adecuadamente, por otro lado, la lengua y el habla son solo aspectos de la comunicación, pueden favorecer o modificar el código lingüístico, también de tipo paralingüístico tales como la entonación, el énfasis, la velocidad del habla, pausas o vacilaciones se superponen al habla, indican cual es la actitud o la emoción del hablante; no lingüístico que incluyen los gestos, la postura corporal, la expresión facial, el contacto ocular, los movimientos de la cabeza, cuerpo, también la distancia física y metalingüístico, estas son aquellas que permiten hablar sobre el lenguaje, analizarlo, pensar sobre él, juzgarlo y considerarlo como una entidad independientemente de su contenido (García, 2008).

Considerando la comunicación del niño (García, 2008) se desarrolla debido al encuentro con el otro, se genera un primer sistema de relación llamadas interacciones; estas son fundantes para el desarrollo de la comunicación, vínculo de apego y subjetividad, así el adulto y los niños comprometidos activamente en una situación desarrollan acciones mutuamente transformadoras. La comunicación ocurre a partir de diferentes formas, entre ellas la verbal en la cual hay interacción entre el emisor y el receptor, existen códigos verbales cuando se utiliza la palabra con significado sea hablada o escrita; no verbal, se utilizan elementos ajenos al sistema lingüístico, en muchos casos de forma inconsciente o comunicación no vocal, esta refiere a todo sistema que no usa palabras articuladas, no obstante, contiene suficiente nivel de estructuración para transmitir información.

En definitiva, según Maggio (2019) para una comunicación adecuada, es necesario determinadas cualidades, tales como intencionalidad, significación compartida, atención conjunta, toma de turnos, bidireccionalidad e iniciativa, para que los individuos aprehendan cualidades de la comunicación desde el nacimiento, a partir del encuentro con el otro, transcurrido un tiempo, el sujeto utilizará con sus comunicaciones habituales (Maggio, 2019).

Por lo consiguiente, los sujetos poseen capacidad de desarrollar el lenguaje verbal, este es su principal medio de comunicación. sin embargo, algunos no asumen esa posibilidad por lo que el lenguaje oral no funciona como una herramienta de comunicación; en esos casos se deben emplear otras estrategias de mediación para alcanzarla, a su vez, la inclusión de todos los individuos, sobre todo si el lenguaje verbal está afectado, existe comunicación a través del uso de recursos alternativos al habla, entre ellos, los recursos de mediación se pueden incluir gestos, acciones, expresiones faciales, objetos, para reforzar el significado y extender así el aprendizaje. Otra estrategia posible es

el uso de un Sistema de Comunicación Aumentativa-Alternativa (SCAA), el cual se describe a continuación (Tamarit, 1998).

***Sistemas de Comunicación Aumentativa-Alternativa (SCAA).***

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por enfoques educativos y terapéuticos basados en el concepto de habilitación, los que defienden que la intervención debe dirigirse tanto a los sujetos con alteraciones en la comunicación como a su entorno, también el reconocimiento de diferencias individuales, aceptación de nuevas formas de comunicación y participación social, permite a las sujetos con discapacidad otorgarles el lugar que les corresponde en todos los ámbitos de la vida (Basil, 1998).

Es menester, destacar, uno de los métodos educativos que se sustenta en el enfoque señalado por Basil, (1998), es el sistema de comunicación aumentativa-alternativa, son instrumentos destinados a personas con alteraciones diversas de la comunicación y lenguaje, con el objetivo de llevar actos de comunicación funcionales, espontáneos y generalizables (Tamarit, 1998).

Mas aun, la comunicación Aumentativa-Alternativa se refiere a todos los recursos, estrategias y las técnicas que ayudan a complementar, reemplazar el habla en quienes, la misma ésta ausente; los usuarios de este sistema, son individuos padecientes de alteraciones en la comunicación gestual, oral y escrita en forma temporal o permanentemente, impidiendo satisfacer sus necesidades diarias de comunicación en los diferentes contextos en que se desempeña (Asociación Internacional de Comunicación Aumentativa y Alternativa, 1991). El Sistema de Comunicación Aumentativa Alternativa involucra una forma de abordar el trabajo diario, considerando que todo individuo se comunica y necesita ser escuchado, siendo tarea de los equipos interdisciplinarios buscar, aplicar las estrategias para que ocurra la comunicación de este modo, se construye un vínculo.

Cabe señalar, (Warrick, 1998) que aumentativo, refiere a distintos recursos que complementan el habla cuando ésta no es suficientemente clara o variada; los métodos alternativos son aquellos que suplen o reemplazan la función del habla, los sujetos se benefician de la utilización de un SCAA, ellos poseen distintos diagnósticos clínicos, con variedad etaria y su funcionalidad, el factor denominador, es el requerimiento de distintas estrategias para expresarse, comprender, escribir y consecuentemente comunicarse.

Así pues, los sujetos que presentan dificultades en el lenguaje y comunicación de tipo congénito o adquirido, (Von Tetzchner & Martinsen, 1993) se diferencian tres grupos de necesidades especiales en el ámbito de la comunicación aumentativa y alternativa, de acuerdo con el nivel de comprensión del lenguaje y con el pronóstico de su adquisición; el primero se compone de individuos necesitados de un medio alternativo de expresión, no obstante, la comprensión del lenguaje hablado es adecuada, ejemplo, discapacidad motora. El segundo, abarca necesidades de un lenguaje de apoyo durante cierto tiempo, pues se espera la adquisición del habla en un futuro, siendo la función del sistema aumentativo de comunicación, complementar sus producciones orales, sirva de ejemplo, retraso mental. El tercero, incluye individuos que necesitan un lenguaje alternativo tanto para poder expresarse, también para comprender a los demás, ejemplo, autismo; también otros usuarios de SCAA son individuos con traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, accidentes vasculares cerebrales, lesiones medulares, asfixia, enfermedades neurológicas degenerativas, con discapacidad temporal a causa de shock o cirugía (Von Tetzchner & Martinsen, 1993).

Con respecto a los recursos de Comunicación alternativa aumentativa son variados y se aplican de acuerdo a la necesidad de cada individuo. Dichos recursos se pueden clasificar primeramente en, no asistidos, involucra todas aquellas formas comunicativas que utilizan los sujetos sin la intervención de dispositivos u objetos ajenos al propio

cuerpo, como expresiones faciales, claves de movimientos, gestos naturales, códigos gestuales. En segundo lugar, asistidos, aquellos que su implementación depende de un dispositivo, el cual permitirá habilitar la comunicación tanto receptiva como expresiva; estos se clasifican de acuerdo a su complejidad o posibilidad de acceso como:

- De alta tecnología, caracterizándose por ser complejos y de difícil acceso para la mayoría de la población, pueden ser por ejemplo dispositivos electrónicos con salida de voz, Braille hablado, tablet, teclado con display visual, entre otros.
- De baja tecnología, son recursos simples, económicos y de fácil acceso, como por ejemplo carpetas de comunicación con imágenes, switch caseros, calendario de comunicación, paneles de comunicación con símbolos tangibles o partes de objetos.
- Objetos reales.

De igual modo, la utilización de recursos alternativos-aumentativos de la comunicación con individuos que presentan dificultad en la comunicación mediante el lenguaje verbal son herramientas necesarias para favorecer el vínculo terapéutico ya que si no existe comunicación entre paciente y terapeuta se ve restringida la posibilidad de relacionarse y consecuentemente alcanzar los objetivos del tratamiento (Von Tetzchner & Martinsen, 1993).

### **Vínculo terapéutico**

Para entender el vínculo en el espacio terapéutico, es necesario conocer cómo ha sido el primer vínculo que el individuo poseyó en su vida, el apego, debido que éste es fundamental en el desarrollo del sujeto y consecuentemente en su vida. Por lo cual el estilo de apego es una variable a tener en cuenta en la construcción del vínculo terapéutico, es de gran importancia a la hora de iniciar un tratamiento. El primer vínculo importante, que posteriormente servirá como modelo para futuras relaciones interpersonales, es el vínculo entre el sujeto y la madre.

Es decir, el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con los padres, o cuidadores, que le proporcionan la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad (Bowlby, 1998). Los patrones de apego se desarrollan en la temprana infancia y están directamente relacionados con la historia de interacciones entre el niño y sus cuidadores, en cuanto a la satisfacción o no de los requerimientos del niño, de cercanía, acogida y protección frente al temor, dolor, fatiga, entre otros. La calidad de estos vínculos permitirá tanto el desarrollo socioemocional como mental de los niños (Bowlby, 1979).

Mas aun, Bowlby (1995) postula que al desarrollar una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño, quien desarrolla un sentimiento de seguridad, llamado apego seguro, la madre permite la exploración y favorece las conductas hacia la autonomía del niño. Se convierte en una base de seguridad, y desde esa confianza el niño se permite conocer el mundo y a sí mismo. Le ayuda a integrar un autoconcepto positivo y a valorar y validar al otro como alguien fiable.

Otra figura importante en el estudio del apego fue Ainsworth (1967), quien propuso el concepto de “situación extraña”, la que hace referencia al proceso de laboratorio en el que se estudia al niño en la interacción con su madre y con un adulto extraño, en una situación con alguien no familiar.

A partir de esta situación Ainsworth (1967) añadió a la teoría del apego tres estilos de comportamientos, entre ellos, apego seguro, se caracteriza puesto que el pequeño busca la protección y seguridad de la madre y recibe cuidado constante. En el futuro, estas personas tienden a ser cálidas, estables y con relaciones interpersonales satisfactorias; el apego inseguro-evitativo el cual se caracteriza a causa que el niño se cría en un entorno en el que el cuidador más cercano deja de atender constantemente a las necesidades de protección de éste. Esos niños y también adultos se sienten inseguros y desplazados por las

experiencias de abandono en el pasado. Por otro lado, el apego inseguro-ambivalente, se caracteriza porque estos individuos responden a la separación con gran angustia, suelen aunar conductas de apego con protestas, enfados constantes. Acorde a lo mencionado, al iniciar un tratamiento, es necesario establecer un vínculo terapéutico favorable; para ello es importante conocer cómo fue el primer vínculo del paciente, brindará elementos de comprensión, modo de vincularse. El logro de un buen vínculo entre terapeuta y paciente definirá en gran parte el logro de los objetivos del tratamiento.

La conceptualización del de vínculo encuentra sus orígenes en los desarrollos realizados por Freud (1912), quien planteó la importancia que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista. Este autor describió el efecto del paciente hacia el terapeuta como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que revestía de autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecía la aceptación y la credibilidad de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta.

Un área desde la cual se ha estudiado la relación o vínculo terapéutico ha sido desde la alianza terapéutica, obteniendo amplia evidencia a favor de los efectos de la calidad de la misma sobre la efectividad de las intervenciones desde distintas aproximaciones clínicas. La importancia de la construcción de la alianza terapéutica se ha estudiado desde finales del siglo pasado, afirmándose que promueve un énfasis interpersonal en la terapia y que refuerza la participación y la subjetividad del terapeuta (Safran & Muran, 2005).

En particular, se distinguen dos tipos de alianza según la fase o etapa de la terapia, la alianza de tipo I es aquella que se da en el inicio de la terapia, alude a la sensación que el paciente posee del terapeuta como un sujeto que lo ayuda, ofrece apoyo, en el marco de una relación cálida y afectuosa. La segunda alianza de tipo II, se desarrolla en fases

posteriores y consiste en la sensación de trabajo conjunto para lograr las metas terapéuticas (Luborsky, 1976). Hay que mencionar, además, la alianza terapéutica como multidimensional donde existen tres componentes, vínculo positivo, acuerdo con los objetivos de tratamiento y acuerdos con las tareas. El vínculo refiere al componente afectivo de la alianza, en el cual influyen aspectos como la empatía, la confianza mutua, la aceptación y la confidencia; el acuerdo en objetivos, alude a consensuar mutuamente metas para el tratamiento, mientras que el acuerdo en las tareas refiere a determinar actividades específicas relevantes y efectivas para generar el cambio (Bordin, 1979).

Por otra parte, se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta. La relación establecida, la visión del otro, las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando, resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003).

El vínculo, como aspecto de la alianza comprende un entramado entre paciente y terapeuta, incluye la confianza, aceptación mutua y que determina lo emocional que se comparte en dicha relación (Horvath & Luborsky, 1993); este vínculo o lazo afectivo se desarrolla a través de la interacción terapéutica en el diálogo.

Ahora bien, el modelo dialógico enfatiza la naturaleza social de la experiencia humana, la cual es creada y modificada desde un espacio personal, social y cultural siendo el individuo parte de una comunidad (Valsiner, 2000; 2003). En este marco, el significado que constituye el material sobre el cual se elabora en terapia se desarrolla en un espacio subjetivo, dentro de los límites y posibilidades de la intersubjetividad; de este modo, el vínculo terapéutico como proceso relacional es co-creado, ocurre y transcurre entre dos subjetividades. Por lo tanto, progresa como un entramado de expresiones afectivas y de valor que son parte de la acción comunicativa, es decir, el vínculo aparece como un fenómeno psicológico que se crea y transcurre en una temporalidad, implica una

concepción diádica de la terapia según la cual los fenómenos emergentes en la interacción dependen de ambos participantes y son resultados de las dinámicas de la intersubjetividad (Coelho & Figueredo, 2003; Hermans, 2001; Marková, 2000).

Es menester señalar, las variables del terapeuta y del paciente adquieren especial protagonismo en el establecimiento de la alianza terapéutica y el desarrollo del proceso terapéutico. Así mismo, en relación a las variables ligadas al terapeuta, se han evidenciado cuatro factores comunes a todas las terapias modernas, el primero es la empatía, hace referencia a la capacidad del terapeuta de ponerse en la situación del consultante para comprenderlo, el segundo, la flexibilidad, entendida como la capacidad que posee el terapeuta para ajustar sus actitudes y recursos teóricos de acuerdo con las necesidades básicas particulares de cada uno, también la iniciativa del terapeuta es considerada el tercer factor, es la capacidad de éste para conducir el proceso, hacer preguntas y motivar al consultante; el cuarto, es la actitud docente del terapeuta, se evidencia en el rol de experto que se desempeña dentro del proceso (Cormier & Cormier, 1994; Fiorini, 1992).

Como se indicó, las variables moderadoras del paciente en la alianza, se resumen en los siguientes aspectos, severidad del cuadro clínico antes de empezar el tratamiento, tipo de trastorno, relaciones objétales, relaciones sociales y familiares, motivaciones, expectativas, actitudes, la defensividad, el desgano y la hostilidad. Estas variables condicionan desde el paciente la dificultad o no, la posibilidad de establecer buena relación de trabajo terapéutico (Horvath & Luborsky, 1993).

Definitivamente, el vínculo es un elemento central, permite realizar toda terapia, siendo la subjetividad del terapeuta de crucial importancia, ya que es él quien debe realizar mayores esfuerzos para construirlo y sostenerlo. El terapeuta no puede ser visto como una persona neutral, sino como alguien que inevitablemente se devala en cada intervención, la capacidad para desarrollar una alianza en el tratamiento es probable que sea el mediador

más importante de la experiencia terapéutica (Bordin, 1979). En este contexto se enmarca la psicopedagogía, ya que si no existe vínculo terapéutico, difícilmente se logren los objetivos de un tratamiento.

### **La importancia del establecimiento de un vínculo en la Psicopedagogía**

Para entender la importancia del vínculo en psicopedagogía, primeramente, es necesario comprender el significado de la misma. En esta disciplina se encuentra la confluencia de lo psicológico que implica la subjetividad de los seres humanos con lo educacional, actividad específicamente humana, social y cultural. La psicopedagogía es un espacio interdisciplinar complejo y múltiple, configura una praxis donde se encuentran sujetos aprendiendo en diversos momentos de sus vidas (Müller, 2006).

En efecto, la Psicopedagogía se ocupa de las características del aprendizaje humano, el modo de aprendizaje, cómo aquel varía evolutivamente, y está condicionado por diferentes factores. Por otra parte, trabaja sobre cómo y por qué se producen las alteraciones en el aprendizaje, cómo reconocerlas, tratarlas, así como también la prevención, que posean sentido para los individuos.

La demanda atendida por la psicopedagogía, la problemática del aprendizaje, aumenta cada día. Es importante entender que, si bien la psicopedagogía nace a partir del trabajo con niños con problemas de aprendizaje, actualmente se ocupa de problemáticas que superan lo estrictamente escolar (Fernández, 2009). Las dificultades de aprendizaje no son privativas de los niños escolares, sino que pueden encontrarse en niños pequeños, adolescentes y en adultos con diversa sintomatología (Müller, 2006).

Por consiguiente, entre los campos de la Psicopedagogía se encuentra la clínica dedicada, a reconocer, atender las alteraciones del aprendizaje, también a orientar a quienes estén implicados en estos problemas. La Psicopedagogía clínica toma conciencia de la singularidad del individuo o grupo consultante, características, alteraciones según las

circunstancias de su propia historia y su ubicación en el mundo sociocultural. Por lo que el aprendizaje está relacionado con la inserción de cada sujeto en el mundo de la cultura y de lo simbólico (Müller, 2006).

Dentro de este orden de ideas, el conocimiento psicopedagógico no se cristaliza en una delimitación inamovible, ni en los déficits y alteraciones subjetivas del aprender, sino que evalúa lo posible para cada sujeto, lo que está en disposición efectiva o virtual del saber y hacer. Por ello, el tratamiento ocurre mediatizado por una relación, un encuentro entre personas centrado en un objeto de trabajo, el aprendizaje y tomando que la manera de ser es más importante que la manera de hacer (Müller, 2006). Para aprender se necesitan dos personajes, enseñante y aprendiente, además, un vínculo que se establece entre ambos. El aprendizaje, transcurre en el seno de un vínculo humano cuya matriz se conforma en los primeros vínculos madre-padre-hijo-hermano. La prematurez humana impone a otro semejante adulto para que el niño, aprendiendo y creciendo, pueda vivir (Fernández, 2010).

Por tanto, la visión de cada profesional será el punto de partida clínico, la herramienta inicial, permitirá reconocer la relación clínica entre consultantes y psicopedagogo, cada cual transfiere, actualiza deseos inconscientes, repitiendo modelos del pasado infantil, vividos tanto en el vínculo interpersonal como en cuanto a la tarea. Durante la etapa diagnóstica y el tratamiento, se entabla una relación significativa entre el psicopedagogo y sus consultantes, en la cual cada uno juega diferentes roles. Este interjuego transferencial-contratransferencial es una fuente de información para comprender qué está ocurriendo en la escena inconsciente (Fernández, 2010).

A través de la transferencia, cada paciente actualiza deseos inconscientes. Los elementos transferidos son ambivalentes, positivos, negativos, e inconscientes, y no consisten solamente en desplazamientos de afecto, sino en comportamientos complejos retomados desde modelos primitivos de relación, en particular con los padres, y con el

aprendizaje desde sus primeros años, como el sujeto aprendió a aprender y repite modelos estereotipados. La transferencia incluye fenómenos extra tratamiento, como actuaciones que se cumplen en la familia o la escuela, o en otras situaciones de la vida cotidiana (Müller, 2006). Por otra parte, se llama contratransferencia al conjunto de reacciones inconsciente del terapeuta ante el paciente y su transferencia. Para Freud (1912) cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual puede interpretar las expresiones del inconsciente de los demás. Por eso se necesita que la contratransferencia sea controlada por el psicopedagogo para el análisis e interpretación del diagnóstico o tratamiento del paciente.

Con respecto al aprendizaje, la relación transferencial-contratransferencial señala cómo el sujeto percibe y se vincula con las situaciones que implican cambios, a partir de una incorporación de conocimientos y una instrumentación activa de los mismo. El lenguaje subjetivo del paciente apela a la receptividad subjetiva del psicopedagogo para transformarse en el curso de la relación entre consultante y psicopedagogo (Müller, 2006).

Teniendo en cuenta que el objetivo general de la Psicopedagógica clínica y preventiva es el aprendizaje, es necesario en primera instancia de tratamiento establecer un buen vínculo entre paciente-terapeuta. Para ello es requisito indispensable la comunicación, de lo contrario, los objetivos terapéuticos se obstaculizan.

### **Antecedentes**

Existen numerosos autores que han destacado la importancia de la comunicación la inclusión de las personas con discapacidad y la necesidad de trabajar con recursos que la favorezcan, entre ellos el SCAA (Salazar et al. 2003; Padilla Muñoz, 2011; Suárez Gómez 2013; Cardenas Ramos y Ibagué Sierra 2014; Parra Esquivel y Peñas Felizzola, 2015; Deliyore Vega,2016; Deliyore Vega, 2017).

En relación a la comunicación aumentativa-alternativa y discapacidad el trabajo de De Salazar et al. (2003) tuvo como objeto de estudio la comunicación de las personas con discapacidad. Dichos autores desarrollaron acciones en tres líneas de trabajo, investigación, formación y proyección social. Tuvieron como objetivo alcanzar una mayor comprensión sobre los graves problemas comunicativos de los sujetos, con necesidades especiales y desde allí generar, con visión interdisciplinaria, preguntas de intervención pedagógica, utilizando los desarrollos derivados de las tecnologías de la información y la comunicación. Los resultados de esta investigación, fueron el reconocimiento de un ser con discapacidad que presenta limitaciones en ciertos aspectos, como el habla, el movimiento y la sociabilización, pero que comunica permanentemente, que cuenta con potencialidades e igualdad de derechos, de oportunidades; las cuales deben ser aprovechadas para brindarle a dicho sujeto la posibilidad de investigar, descubrir, participar e interactuar de manera permanente con su familia, compañeros, profesores y comunidad.

La comunicación es una herramienta fundamental para la inclusión de los niños con discapacidad, Parra Esquivel y Peñas Felizzola (2015) investigaron sobre orientaciones conceptuales y prácticas dirigidas a maestros, profesionales y cuidadores que trabajan con este grupo de población para favorecer la inclusión integral del niño con discapacidad en sus ocupaciones cotidianas y la participación más activa en sus ambientes y roles ocupacionales, al reconocer las demandas de estos, así como el manejo más acertado. Este

estudio se basó en una recopilación bibliográfica relacionada con los conceptos de niño con discapacidad, desempeño ocupacional y estrategias inclusivas. Llegaron a la conclusión de que al sensibilizar sobre la complejidad de la discapacidad se asume una mirada multidimensional y transdisciplinar en la comprensión, atención y valoración de las necesidades de los niños con discapacidad.

Por otra parte, en el trabajo de Padilla Muñoz (2011) se buscó describir la apertura y la preparación de los docentes para brindar una atención adecuada a las personas con discapacidad. Se llevó a cabo dentro del marco de estudio sobre el síndrome de agotamiento profesional, en tres establecimientos educativos de Bogotá. Se tomó como muestra un total de 343 docentes, los cuales respondieron a una encuesta de corte transversal. A partir del análisis de la misma se logró describir la heterogeneidad de la discapacidad y la dificultad para incluir a las personas en condición de discapacidad de manera homogénea dentro de las legislaciones. También permitió afirmar que los docentes encuestados no se sienten capacitados para atender adecuadamente a niños con discapacidad y esta sensación es diferente de acuerdo con el tipo de discapacidad.

Cárdenas Ramos y Ibagué Sierra (2014) realizaron una investigación en la Escuela General de Santander del Municipio de Tenjo Cundinamarca. La intervención se enfocó, por un lado en sensibilizar a los docentes en ejercicio acerca de quién es la persona con discapacidad. Por otra parte, evaluar las perspectivas educativas de la comunicación aumentativa y alternativa (CAA), con el objetivo de mejorar las prácticas pedagógicas y los procesos de enseñanza. Se trabajó con 4 docentes de primero, segundo y tercero grado encargados de 8 niños en condición de discapacidad física y trastornos generalizados del desarrollo. Esta investigación fue de carácter cualitativo, en la cual se empleó como métodos de recolección de datos, observaciones no participantes, entrevistas semi-estructuradas y diarios de campo. Llegaron a las conclusiones que los procesos de

sensibilización de los docente en la CAA promueven la colaboración entre profesores y los alumnos como estrategia para mejorar los procesos de enseñanza a la diversidad.

Asimismo, el desarrollo de prácticas pedagógicas de una escuela inclusiva, genera cambios de actitud y participación de cada una de las personas que hacen parte de la escuela. Los procesos de sensibilización inquietan y promueven a los docentes en la indagación de nuevas fuentes y estrategias educativas de comunicación. La sensibilización docente en CAA potencializa el interés por el desarrollo de una cultura inclusiva significativa.

Otra investigación realizada en relación a la comunicación aumentativa y alternativa, se encuentra el estudio de Deliyore Vega (2016) cuyo objetivo fue analizar el quehacer educativo de los centros de enseñanza especial de Costa Rica con respecto a la práctica de la comunicación alternativa. A partir de dicha investigación se pretendió que el profesorado costarricense exponga una problemática en torno a las necesidades de conocimiento que tiene sobre la comunicación alternativa. Una vez delimitado el problema y establecido el diagnóstico, la docente investigadora propone realizar esbozos y disertaciones a través de grupos focales que atiendan el contenido teórico solicitado por el profesorado participante. Posteriormente cada uno de los sujetos deben elaborar una propuesta de acción que se apegue a su contexto laboral. De este modo se va realizando la acción y reflexionando a lo largo de los grupos focales con el fin de que el profesorado construya conocimiento efectivo, mejorar así la inclusión de individuos con barreras en la comunicación en el entorno escolar, como en el marco social. Llegó a la conclusión de que los sujetos partícipes construyen la investigación-acción centrada en la capacidad y oportunidades de los individuos con discapacidad más que en su condición misma, en pos de potenciar la inclusión social e igualitaria de la población en condición de discapacidad. Siendo el trabajo cooperativo, el valor indispensable para el éxito de los procesos de comunicación alternativa y aumentativa de los sujetos usuarios.

En una sociedad donde la comunicación se realiza mayormente en forma oral, quienes requieren formas alternativas tienden a recibir tratos excluyentes y esto limita la igualdad de oportunidades. Deliyore Vega (2018) llevó a cabo una investigación documental cualitativa en la que el problema planteado determinó cómo repercute el acceso a la comunicación alternativa y aumentativa en la inclusión social de las personas en condición de discapacidad. El objetivo fue determinar la relación que se da entre los supuestos teóricos sobre procesos inclusivos y su vinculación con la comunicación alternativa. Para ello, se realizó una recopilación de fuentes bibliográficas sobre la temática. Se encontró que tanto la legislación nacional e internacional, como las investigaciones y las corrientes pedagógicas promueven la igualdad de oportunidades y la inclusión de la población en condición de discapacidad. Pese a ello, aún las personas con barreras en la comunicación siguen sin contar con los recursos que permiten su participación, diálogo, expresión y educación. Se demostró que la comunicación alternativa es un derecho indispensable para el aprendizaje, no obstante, el individuo con barreras en la comunicación aún accede a las aulas sin un recurso adecuado a sus posibilidades.

La comunicación aumentativa alternativa fue evaluada en un estudiante con síndrome de Down por Suárez Gómez (2013) con el objetivo de fomentar sus interacciones comunicativas. En este trabajo se valoró la comunicación del individuo desde la mirada de sus docentes y de su familia. Se diseñó un plan de intervención pedagógica desde la CAA. Se llevó a cabo una investigación cualitativa descriptiva de un estudiante de 1ª grado con Síndrome de Down de 8 años de edad. Se aplicaron 4 instrumentos, evaluación de competencias comunicativas, un cuestionario para padres, una ficha de ingreso a la Institución y una valoración de habilidades sensoriales. Se observó que a través de las interacciones de los sistemas de apoyo de comunicación se fortaleció el nivel de

participación del niño en los diferentes ambientes en los que se encuentra como el desarrollo de sus habilidades académicas e intelectuales.

La alianza terapéutica se ha ido configurando como una relación interpersonal existente y necesaria entre el paciente y la terapeuta esencia para garantizar la comunicación y consecuentemente poder lograr resultados terapéuticos. Existen diferentes investigaciones que han intentado dar cuenta de la importancia de la relación terapéutica, la cual debe ser tomada en consideración en cualquier momento del tratamiento (Santibáñez et al. 2009; Fernández et al. 2014; García et al. 2015; Goldberg 2016; Manubens et al. 2018).

En el estudio realizado por Santibáñez et al. (2009) en un centro-asistencial, se evaluó la efectividad de tratamientos psicológicos a cargo de terapeutas en proceso de formación y su relación con la alianza terapéutica desde la mirada del consultante. Las intervenciones fueron realizadas por 11 estudiantes de la Carrera de Psicología que cursaban entre 5 ° y 6 ° año de formación. La muestra estuvo constituida por 23 pacientes (16 mujeres y 7 hombres) de 18 a 54 años. Los instrumentos de recolección de datos fueron el Outcome Questionnaire (OQ-45.2) que permitió evaluar el nivel de cambio en el curso de la terapia y sus resultados finales y el Inventario de Alianza Terapéutica (IAT) a través del cual se evaluó la alianza terapéutica desde la perspectiva del paciente.

A partir de los resultados obtenidos Santibáñez et al. (2009) los pacientes evaluaron positivamente la alianza existente con su terapeuta. Por otra parte, de acuerdo a lo expresado por Krause (2001) es necesario un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta lo que favorece el mantenimiento de la relación y el proceso de cambio. Además, se concluyó que los terapeutas noveles son capaces de establecer nuevas alianzas con los pacientes, y así favorecer los resultados terapéuticos. La alianza entre terapeuta y paciente favorece la disminución de la sintomatología de quien consulta.

Una investigación llevada a cabo por Fernández et al. (2014) sobre la representación de la relación terapéutica en adolescentes, expone que este período se presenta como una oportunidad evolutiva para generar cambios. Existen pocos estudios que consideren la perspectiva del sujeto adolescente sobre la relación terapéutica, por lo que resulta relevante conocer y comprender desde su mirada la relación terapéutica ya que en ella existe un gran potencial de cambio. Esta investigación con diseño transversal, descriptivo, de carácter cualitativo, sustentado en entrevistas, tuvo como objetivo describir la representación de la relación terapéutica desde la perspectiva de los adolescentes, y explorar los cambios en la relación terapéutica. La muestra estuvo conformada por 8 adolescentes de Chile de ambos sexos, de edades entre 14 y 17 años. La herramienta de recolección fue entrevistas, individuales como grupales. Los resultados obtenidos permitieron describir la relación terapéutica como un vínculo con alto componente afectivo y valorado positivamente, que provoca alivio psíquico y corporal, y es representado como un lugar de confianza y protección afectiva. La evaluación que hace el o la adolescente respecto de la búsqueda de ayuda, puede ser un factor determinante en la mantención del vínculo o abandono. También se describe la transformación de la actitud de los individuos adolescentes, desde la reticencia inicial hasta la confianza y necesidad del espacio terapéutico.

A su vez, García et al. (2015) realizaron un estudio sobre la percepción de la relación psicoterapéutica. Se buscó indagar la percepción del paciente acerca de la relación terapéutica y las valoraciones del terapeuta que podrían ser facilitadoras del vínculo. Se tomó como muestra 108 pacientes (72 mujeres y 36 varones) con edades entre 16 y 69 años, quienes residen en la provincia de San Luis, Argentina. La investigación fue de tipo descriptiva y como método de recolección de datos se utilizó el Helping Alliance Questionnaire-HAq-II y un cuestionario construido ad hoc. En los resultados obtenidos se

observó una adecuada relación terapéutica y una alta valoración en los terapeutas de aspectos de calidez, seriedad, comprensión, confianza, respeto, interés y compromiso. Las terapeutas mujeres obtuvieron puntuaciones mayores en calidez y seriedad, clima de confianza, compromiso de trabajo, así como en el hecho de transmitirle comodidad al paciente.

Otro hallazgo es la investigación de Goldberg (2016), trabajo en el cual se utilizó un método sistemático psicoanalítico, el algoritmo de David Liberman (ADL) para estudiar la alianza terapéutica y el cambio clínico en el vínculo concreto entre paciente y terapeuta. La muestra se constituyó con tres fragmentos de sesión con dos pacientes entre 11 y 12 años, utilizando como instrumento el Algoritmo de David Liberman en el que se apeló al análisis de las frases, actos motrices y elementos paraverbales. Este estudio reveló que las intervenciones del terapeuta que contribuyen a la calidad de la alianza terapéutica y al cambio clínico no se reduce exclusivamente al discurso verbal, más bien constan de elementos diversos como son actos de habla, frases y movimientos.

Otro estudio que cabe destacar fue realizado por Manubens et al. (2018), el cual tuvo como objetivo estudiar los procesos de rupturas en la alianza terapéutica y su vínculo con los cambios terapéuticos y abandonos tempranos. Para este estudio se exploraron quince díadas paciente-terapeutas en tratamientos de psicoterapia diagnosticados con trastornos emocionales, con edades entre 18 y 65 años. Para la presente investigación se audio grabaron las primeras sesiones de los tratamientos en los cuales se identificaron y analizaron eventos de rupturas y reparación de la alianza terapéutica. A su vez se realizaron mediciones de cambio terapéutico mediante la utilización de las siguientes herramientas: OQ.45, instrumento que posee 45 ítems y es contestado por el paciente y un Sistema de Ranqueo y Resolución de Rupturas - Argentina. Luego de 45 sesiones analizadas se encontraron 53 rupturas, de éstas, 29 fueron rupturas de retirada y 24 de confrontación. La

ruptura de retirada más común fue “Cambio de tema” y en el caso de las rupturas por confrontación las más frecuentes fueron: “el paciente se defiende contra el terapeuta” “el paciente rechaza una intervención” “quejas y preocupaciones sobre las actividades”.

## Planteo del problema

En el inicio del trabajo en el Centro Educativo Terapéutico (CET) MAPU, los profesionales usaban algunos recursos alternativos o aumentativos de comunicación con los concurrentes. Sin embargo, a medida que la población del CET fue creciendo, también ocurrió con el equipo de trabajo y empezó a prevalecer como medio de comunicación el lenguaje oral y en algunas ocasiones el mismo era aumentado con recursos no lingüísticos (García, 2008).

Esta modalidad de comunicación sirve para cubrir algunas necesidades básicas, pero en muchas ocasiones se sobre interpreta lo que el otro quiere transmitir debido a que no hay un código compartido y los recursos utilizados no alcanzan para que la comunicación resulte funcional, espontánea y generalizable (Tamarit, 1988). Esta sobre interpretación puede alterar el vínculo terapéutico, lo que lleva a que el mismo sea hostil, que no se logre una atención conjunta y que no haya iniciativa por parte del paciente. En ese contexto se concluye en una comunicación unidireccional que sólo sirve para resolver una situación momentánea, donde el emisor hace preguntas cerradas que se responden por SÍ o por NO.

Existen casos en los cuales el lenguaje oral permite la comunicación a través de la palabra hablada ya que hay códigos compartidos (Maggio, 2020). Por otra parte hay quienes tienen la capacidad de hablar sin la posibilidad de comunicarse y otros no pueden hablar por lo cual el lenguaje oral no les permite la comunicación. Para que estos individuos no queden incomunicados y aislados es necesario utilizar otra forma de comunicación alternativa al lenguaje oral.

Los niños y adolescentes que concurren a MAPU mayormente no tienen la posibilidad de comunicarse a través del lenguaje oral debido a un déficit intelectual y/o

motor, por lo cual es necesario implementar estrategias comunicativas para dicha población que permitan la comunicación y consecuentemente el vínculo. A través de un sistema alternativo que posibilite una conexión directa entre el individuo y las actividades que se realizan en la cotidianidad da la opción de elegir y ser el actor principal en los procesos de autonomía e independencia (Basil, 1988).

La implementación de un sistema alternativo de comunicación requiere que tanto los niños, adolescentes con dificultad para comunicarse, como los profesionales que trabajan con ellos aprendan el uso y se apropien de un nuevo medio de comunicación. Esto permitiría la vinculación entre ellos. La comunicación no puede quedar sujeta al espacio terapéutico, sino que debe ampliarse a todos los ámbitos donde ese niño desea ser parte y por ende comunicarse. Por esto es importante avanzar en la implementación de un sistema alternativo aumentativo incluyendo a todos los actores que están involucrados en la vida de cada paciente (Basil, 1988).

Para que se genere vínculo entre todos es fundamental el accionar de los trabajadores del CET, ya que ellos son actores necesarios para generarlo. Por este motivo es necesario indagar entre el equipo de trabajo las consecuencias de la aplicación de un sistema de comunicación alternativa aumentativa y así entender si su implementación mejora el vínculo. De lo antedicho surge la siguiente pregunta de investigación, ¿Cómo influye la implementación de la estrategia del SCAA aplicado por trabajadores en el vínculo terapéutico con niños y adolescentes con dificultades en la comunicación a través del lenguaje oral?

## Objetivos

### **Objetivo general**

Analizar la aplicación de un Sistema de comunicación alternativo-aumentativo (SCAA), por trabajadores en el vínculo terapéutico con niños y adolescentes con dificultades en la comunicación mediante el lenguaje oral.

### ***Objetivos específicos***

- 1- Explorar el modo de construir el vínculo terapéutico.
- 2- Indagar el uso del SCAA en niños y adolescentes con dificultades en la comunicación.
- 3- Examinar si los trabajadores conocen y usan los SCAA como metodología de comunicación.
- 4- Describir los cambios registrados en el vínculo por los trabajadores a partir del uso de un SCAA.

### **Hipótesis.**

El uso del método SCAA en niños y adolescentes con dificultades en la comunicación mediante el lenguaje oral, mejora la calidad del vínculo terapéutico.

## **Método**

### **Diseño**

La presente investigación es de carácter cualitativo enmarcada en un estudio de casos de tipo descriptivo de un grupo poblacional de una Institución (Montero y León, 2007). Según Hernández Sampieri et. al (2004), el estudio cualitativo se fundamenta en sí mismo, siendo una herramienta para reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido.

El tipo de diseño utilizado se basa en la teoría fundamentada, esta posibilita la explicación de las diferentes conductas humanas dentro de un determinado campo de estudio. Con este diseño se pretende explicar un fenómeno social a través de la comprensión e interpretación humana y no tanto de la descripción (Strauss y Corbin, 1990).

### ***Participantes***

Se contó con una muestra total de 11 trabajadoras, mujeres de entre 25 y 50 años, pertenecientes al equipo de trabajo del CET MAPU ubicado en La Ciudad de La Plata, que han estado antes, durante y después de la implementación de los SCAA.

### **Técnica de recolección de datos.**

Los datos recabados serán obtenidos a partir de una encuesta semi-estructurada (Anexo) organizada para este fin, diseñada de acuerdo al planteo del problema y los objetivos del trabajo de investigación.

Para permitir la comparación de las características del vínculo terapéutico, aspectos positivos y negativos, desde la experiencia de cada trabajador, antes y después de la implementación de un SCAA y facilitar el análisis, las respuestas fueron estandarizadas,

mediante la transformación a una escala de 0,5 a 2. Donde en los aspectos positivos el 2 es lo más y el 0,5 lo menos positivo y en los negativos el 2 es lo muy y el 0,5 nada negativo (Tabla 3). Luego se realizó su representación gráfica en un diagrama tipo tela de araña

**Tabla N°3:** *Escala de estandarización de características positivas y negativas del vínculo terapéutico.*

Aspectos Positivos	Muy bueno	2	Aspectos negativos	Muy	2
	Bueno	1,5		Poco	1,5
	Regular	1		Muy poco	1
	Malo	0,5		Nada	0.5

### ***Procedimiento.***

La recolección de datos se llevará a cabo mediante una encuesta que se realizará a los participantes de esta investigación a través de los medios tecnológicos que cada uno disponga.

La población de estudio que cumpla los criterios de inclusión serán invitados a participar de forma voluntaria. Así mismo, previo a la realización de las encuestas se informará por escrito los objetivos e implicancias del estudio y se solicitará a los participantes su autorización a través de un consentimiento informado.

## Resultados

### Comunicación y recursos antes de la implementación de un SCAA en el Centro Educativo Terapéutico MAPU

Sólo una de las entrevistadas afirmó no conocer ni tener experiencia en el uso de los SCAA. Previo a la implementación del mismo el equipo de trabajadoras coincidieron en los diferentes recursos que utilizaban para lograr la comunicación con el/la niño/a o adolescente. De acuerdo a cada niño/a era el código que utilizaban entre los que mencionaron los gestos, la mirada, señalamiento de objetos, imágenes, sonidos, objetos concretos, preguntas cerradas por sí o no, manos libres donde cada mano era una opción.

Evelin, estudiante de Psicología, Orientadora del CET mencionó: *“me comunicaba con gestos, miradas, señalamientos de algunas cosas. Brindaba diferentes opciones a través de mi palabra y que la persona pudiera decir sí o no con su cabeza de acuerdo a la necesidad”*. En la misma línea Norali, estudiante de Psicología, Coordinadora del CET expresó: *“Primeramente, con preguntas que tuvieran por respuesta un “Si” o “No”. En donde fueran preguntas sencillas para poder tener una respuesta concreta...”*.

Paulina, estudiante de Psicología, Orientadora del CET aclaró que si bien ella también hacía uso de este tipo de recursos, los mismos no le resultaban suficientes para el entendimiento *“...la comunicación se da a través de gestos, señalamientos... pero todo esto resulta muy escueto y dificultoso para la expresión”*. Algo similar mencionó, Jesica, Psicóloga del CET, quién empezó a utilizar recursos alternativos a demanda de sus pacientes, expresando: *“Comencé a hacer uso de los SCAA porque la adolescente misma me convocó a aprender su utilización, ya que no se presentaba otra forma alternativa que no recaiga en el mero acompañamiento gestual del discurso...”*.

La valoración respecto a cómo era la comunicación antes de la implementación del SCAA varió entre las entrevistadas. Sólo una persona la calificó como muy buena y dos como buena. La mayoría afirmaron que la comunicación era regular y dos de ellas como mala quienes justificaron su respuesta de la siguiente forma: *“la mayoría de las veces quedaba a mi interpretación lo que el otro quería transmitir. Nunca estaba segura si eso era lo que realmente quería decir o pedir”* (Marina, Psicopedagoga). *“... no podía comunicarme de manera “fluida” con esa persona y no podía saber más que cosas puntuales, ni siquiera saber si estaba “bien o mal” o si le dolía algo...”* (Norali, 2020). *“De alguna u otra manera uno comprende de acuerdo a su propia subjetividad no siendo del todo objetivo”* (Paulina, 2020).

Para neutralizar las dificultades encontradas en el proceso comunicativo Eleonora y Ana, Directora y Vicedirectora respectivamente del CET, afirmaron haber diseñado algún sistema, dándole las herramientas al personal que formaba parte del equipo institucional *“implementación de display y largas conversaciones con el personal”* (Ana, 2020); *“solicitaba a los diferentes interlocutores y los concurrentes el uso de los mismos”* (Eleonora, 2020). Por otra parte, Marina afirmó haber diseñado algún dispositivo habiéndose capacitado para poder implementarlo de manera adecuada *“me formé en el área e implementé el uso de tableros comunicacionales como de pictogramas de acuerdo a las necesidades que presentaba cada niño, niña o adolescente”*. Sabrina, Terapeuta Ocupacional también respondió que hacía uso de sistemas de baja tecnología *“... con pictogramas, preguntas sí o no con apoyo visual, selección de dos opciones”* y Estefanía sostuvo que usó *“imágenes con representación de las tareas desglosándolas por pasos”*.

### ***Concepto de Comunicación Aumentativa-Alternativa***

Al indagar sobre la concepción que las trabajadoras tienen sobre qué es la CAA coincidieron en definirla como una posibilidad de acceso, una herramienta, una forma

alternativa al lenguaje hablado, que permite reemplazarlo o aumentarlo, cuyo objetivo es mejorar la comunicación como comprensión y/o expresión entre las personas con dificultades en el lenguaje oral, pares u otros.

Ana del equipo directivo conceptualizó a la CAA como *“La posibilidad justamente de dar la palabra. A veces este dispositivo nos ayuda a que terminen de completar la idea...”*.

En su relato, Jesica cuenta que se trata de *“recursos diversos, alternativos a un modo de comunicación basado en el lenguaje hablado, que permiten ampliar la posibilidad de comunicación, compensando o “reemplazando” al lenguaje oral, facilitando la expresión e interacción en personas con compromiso en el desarrollo del lenguaje”*. En la misma línea Evelin la definió como *“una herramienta que facilita el lenguaje en aquellos que tienen lenguaje no verbal, buscando mejorar la comunicación social a través de imágenes representativas para mayor fluidez, reciprocidad y comprensión de las necesidades y deseo de dicha persona”*.

Por su parte Norali, coordinadora del CET relató que si bien cada uno de los niño/as y adolescentes contaban con un sistema alternativo el mismo no le permitía comunicarse en su totalidad: *“tiene que ver con las posibilidades o accesos a tener una comunicación “convencional” ...Quienes no se “podían comunicar” tenían un sistema alternativo pero que aun así no podían comunicarse al 100x100 y les costaba mucho poder entablar una conversación...”*.

Estefanía además de seguir la misma línea conceptual que su colegas, aclaró cuáles son los posibles usuarios de un SCAA: *“... la misma favorece la comunicación en aquellas personas que presentan una afectación del sistema nervioso, tales como parálisis cerebral, accidente cerebro vascular, TEC, personas con enfermedad autoinmune, discapacidad intelectual, trastorno específico del lenguaje, en el desarrollo y espectro autista”*.

### **Vínculo terapéutico y comunicación.**

Con respecto a este eje todas las entrevistadas coincidieron en definir al vínculo como una relación entre dos personas, algunas lo refirieron como una interrelación, otras como relación bilateral o simplemente lo definieron como *“una relación con otra persona”* (Jesica, Orientadora del CET, 2020). También se relaciona al vínculo con el espacio terapéutico, primordial para el logro de los objetivos de tratamiento el cual se da en un espacio de confianza.

Evelin lo definió como *“... lo esencial e indispensable para lograr una buena comunicación con cualquier persona... se construye a través del tiempo, brindando confianza, empatía y motivación necesaria para transmitir seguridad a la hora de trabajar”*. En misma línea y mencionando características del vínculo, Jesica (Psicóloga del CET), lo conceptualizó como *“... esa interrelación con un otro, que se constituye dialécticamente... Que puede presentarse de forma tan diversa como la heterogeneidad del sujeto lo evidencia.... Y se puede pensar que generan diferentes efectos/consecuencias en la trayectoria de vida de cada persona”*.

*“Es la relación que se establece entre dos individuos, por medio de la comunicación verbal y/o no verbal, donde una persona establece interés, busca interpretar, flexibilizar, comunicar, conocer, empatizar e identificar lo que manifiesta o refiere el otro”* (Estefanía, 2020). *“... cada parte pone “un poco de sí” para crear un lazo. Este puede ser fuerte o no, pero permite crear cosas en común”* (Norali, 2020).

Varias de las entrevistadas lo conceptualizan desde su rol profesional y como primordial para los objetivos de tratamiento. Marina lo conceptualiza como *“la relación que se da entre dos, en mi caso como profesional entre paciente-terapeuta, el vínculo es primordial para lograr los objetivos de tratamiento, y es el primer objetivo que se busca*

*cuándo se comienza el mismo*". Por su parte, Ana lo define "*... ese ida y vuelta que se da entre paciente y terapeuta, una relación de confianza, privacidad. A veces se construye rápidamente, otras es muy trabajoso y otras no se da.*"; "*... es la relación que se establece entre el profesional y el paciente el mismo de promover la confianza mutua para lograr los objetivos de tratamientos planteados*" (Sabrina, 2020).

Respecto a la importancia de la comunicación en la construcción del vínculo terapéutico, la totalidad de las entrevistadas develan la importancia de uno sobre otro, desde el primer momento ante el encuentro con una persona, refiriendo que estos dos pilares son los que permiten la existencia de la transferencia, así como también conocer y darse a conocerse en el espacio terapéutico. Donde la comunicación es lo que permite entablar una relación de confianza, confidencialidad y trabajo mutuo para cumplir los objetivos de tratamiento. Una de las entrevistadas hace referencia a la importancia de estos dos pilares en el aprendizaje "*... la importancia de la comunicación entre el profesional que brinda conocimientos y el paciente que se apropia de ellos, entre ambos construyen un vínculo basado en diferentes factores que promueven en el proceso de enseñanza-aprendizaje*" (Lucila, Trabajadora Social).

Algunas citas de las entrevistadas son las que se mencionan a continuación:

*"La comunicación en el vínculo terapéutico es fundamental, sin ella no existiría transferencia..."* (Evelin, 2020).

*"Tiene una gran importancia, desde el primer momento que nos encontramos con esa persona, ahí empieza la comunicación, el conocer aspectos de su vida, inquietudes, áreas de interés y de desinterés. El vínculo terapéutico es un proceso de a dos"*. (Estefanía, 2020).

*“La comunicación (en todas sus dimensiones) es de suma importancia para entablar la relación de confianza, confidencialidad y trabajo mutuo para cumplir los objetivos de tratamiento, para que el tratamiento sea una construcción de a dos” (Sabrina, 2020).*

*“La comunicación es clave en la construcción del vínculo terapéutico, yo diría que es fundante. No podría pensar un espacio terapéutico que no involucre de forma directa la necesidad de comunicación (de todas las maneras en que pueda ser promovida)...” (Jesica, 2020).*

*“La comunicación es lo que nos permite llegar al otro, generar confianza y feedback en el espacio terapéutico, en pos de un buen vínculo. Para que se dé un espacio de aprendizaje, vínculo y comunicación van de la mano” Marina, 2020).*

La totalidad de las entrevistadas afirmaron que la implementación de un recurso alternativo al lenguaje oral permite que el vínculo sea fluido, dinámico, real y genuino, lográndose una idea y vuelta en la conversación, ya que se comparte un mismo código. También mencionaron que al usar un recurso alternativo de comunicación se genera un espacio donde el terapeuta puede llegar al otro pudiendo identificar necesidades e intereses como ser enriquecedor y positivo para el logro de los objetivos de tratamiento.

Evelin cómo Estefanía evocaron la importancia de que el SCAA es un recurso que permite llegar al sujeto de manera adecuada, en pos de no caer en confusiones, suposiciones y/o malentendidos que terminen perjudicando el vínculo. *“... Evita ciertas confusiones y malentendidos que pueden ser perjudiciales para la vida del sujeto” (Evelin, 2020).* *“... en ciertas ocasiones se limita el vínculo, cuando no se encuentran las palabras o no se logra entender lo que el otro quiere manifestar” (Estefanía, 2020).*

Dos de las entrevistadas destacaron que para que un SCAA sea facilitador del vínculo, tiene que estar implementado de manera adecuada. Por su parte Marina mencionó

*“siempre y cuando uno sepa utilizarlo...el hecho de ponerse en el lugar del otro y pensar un recurso de acceso, cambiando nuestra postura hace que el paciente nos mire de otra manera. Es ahí donde el vínculo empieza a tomar fuerza”*. Norali siguiendo la misma línea dijo *“Si está bien utilizado, sí. Ya que tiene un enriquecimiento en la comunicación de esa persona con la que se trabaja terapéuticamente”*.

Ana refirió *“lo facilita desde el momento que el paciente puede expresar como está, si quiere o no quiere hacer algo, si hay algo que le preocupa”*; *“lo facilita en la medida en que incrementa la comprensión y expresión en la comunicación”* (Paulina, 2020).

#### ***Cambios en el vínculo terapéutico a partir de la implementación de un SCAA.***

Con respecto a este eje las trabajadoras del CET MAPU lograron visibilizar los cambios en el vínculo terapéutico a partir de la implementación de un SCAA.

El equipo directivo como la psicopedagoga del CET refieren en su entrevista la importancia de la ida y vuelta que se permitió a partir de la implementación de los SCAA, lo que en consecuencia llevó a que haya mayor iniciativa por parte de los usuarios a iniciar una conversación como una participación más activa en la toma de decisiones o actividades institucionales. Ellas manifestaron entre los cambios al implementar un SCAA: *“... la necesidad del otro de contar algo, de participar activamente en las decisiones”* (Eleonora, 2020); *“nos permite un diálogo, un ida y vuelta, enmarcado en la subjetividad”* (Ana, 2020); *“había más iniciativa, se lograba una idea y vuelta, no quedando ni en la sobreinterpretación como en preguntas por si y no... el otro podía dar su opinión y tener una actitud más activa en las diferentes propuestas”* (Marina, 2020).

Por su parte, orientadoras, coordinadoras como terapeuta ocupacional, remarcaron que a partir de su implementación de un SCAA, pudieron recepcionar mejor lo que le

sucedía a ese niño o adolescente, permitiendo consecuentemente un resultado positivo en su desempeño diario como al momento de iniciar una conversación.

*“Como profesional puedo recepcionar de mejor manera lo que le sucede al paciente, sus sentimientos, deseos, miedos, también aquellas cosas que le gustan y no del tratamiento, facilita la construcción conjunta del tratamiento” (Sabrina, 2020); “... estuvieron mucho más receptivos a entablar una conversación. En donde estén como protagonistas o no...”.* (Norali, 2020); *“... los cambios positivos que he visto fueron confianza, mayor expresión, aparición de deseos o autonomía propia de cada subjetividad...”* (Paulina, 2020); *“... le permite al otro tener una relación aun positiva con el resto del entorno, y para desempeñarse aún mejor en sus actividades de la vida diaria”* (Estefanía, 2020).

También una de ella refirió que hubo mejoras en las funciones ejecutivas lo que permite una mejor comunicación *“... mayor atención y memoria del uso de los pictogramas que cuánto mayor uso le da, más ágil se logra la comunicación”* (Evelin, 2020).

Jesica, la psicóloga del CET visibiliza los cambios en el tratamiento, donde los usuarios de los SCAA podían construir relatos *“hemos logrado desde, por ejemplo, ubicar cronológicamente aspectos significativos de su historia, hasta armar un relato coherente vinculado a sus actividades de esparcimiento planeadas para el fin de semana”*.

A través de las entrevistas quedó de manifiesto la dificultad de poder llegar a las familias y/o entorno del usuario de un SCAA así como la falta de conciencia o conocimiento por parte de la sociedad, donde muchas veces no se muestra interés en utilizar un recurso alternativo por tener instalada la comunicación mediante el lenguaje oral. Algunas referencias fueron: *“...se requiere la participación de la familia para implementarlo en su hogar, que en muchas ocasiones no hay interés o no hay personas*

*presentes para que el individuo ponga en práctica el mismo...” (Estefanía, 2020); “... es difícil de que se transfiera a muchos entornos, si son de alta tecnología requieren ser cargados constantemente, no todas las familias están dispuestas a implementarlo porque se suele perseguir solo el lenguaje oral” (Sabrina, 2020); “No consciencia en la sociedad o falta de educación de la utilización y comprensión para que esta herramienta pueda utilizarse en todos los ámbitos” (Paulina, 2020); “... era muy difícil llegar a las familias, en las cuales ya estaba instalada la simbolización de determinadas señas lo cual era más fácil que aprender un nuevo recurso. Es un recurso difícil de aprender, pero no imposible” (Marina, 2020).*

Tres de las entrevistadas mencionaron como un aspecto negativo para la implementación de un SCAA la falta de conocimiento del recurso, lo que podía llevar a una incorrecta utilización del mismo. Norali manifestó *“creo que fue algo relacionado con la poca experiencia que tenía sobre este sistema”*, en la misma línea Jessica dijo *“puede estar más vinculado a mi escasa experiencia en su uso, tener presente la necesidad de revisar con frecuencia la herramienta...como para identificar que no haya un sobre estímulo que desorganice más que organice”*. *“Se necesita conocer de un SCAA por parte de los profesionales para poder comunicarse entre ellos” (Lucila, 2020).*

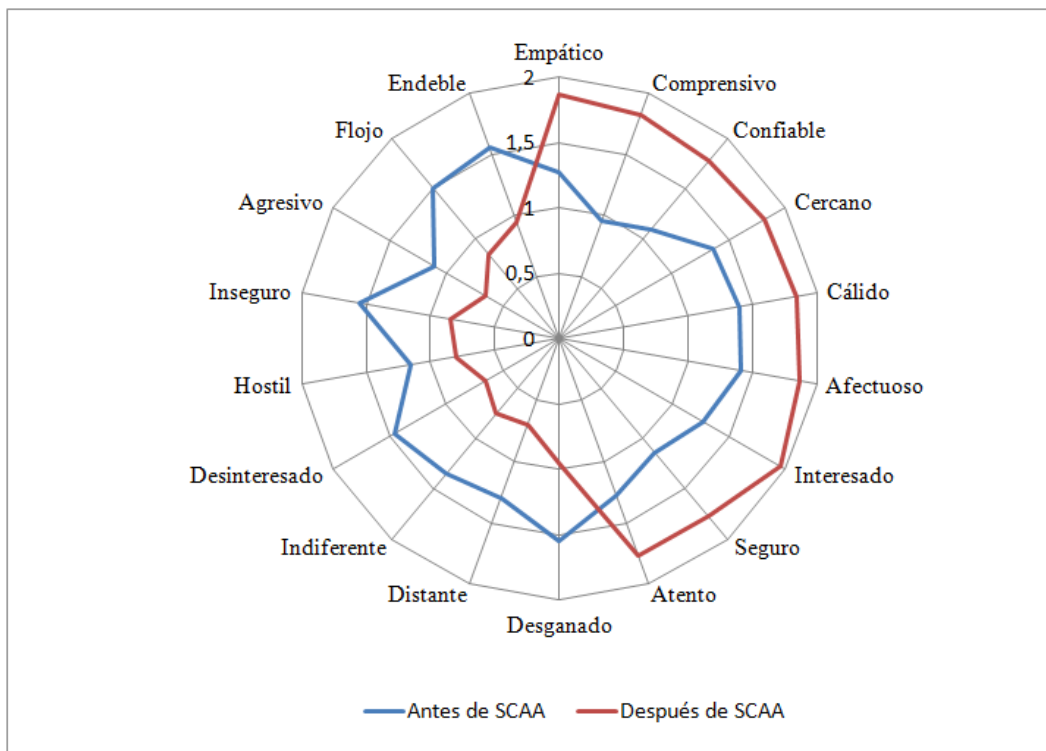
Sabrina cómo Estefanía describieron como un aspecto negativo el momento de la evaluación siendo la misma muy específica *“se requiere una evaluación exhaustiva para que el usuario tenga el sistema indicado a sus habilidades comunicacionales...”*; *“... Que no logre ser útil porque no se evaluaron los aspectos y habilidades, y que sea de mayor complejidad para la persona”*.

En relación a los aspectos positivos de la implementación de un SCAA, la totalidad de las entrevistadas coincidieron en que hubo una importante mejora en la comunicación,

permitiéndole a los usuarios poder manifestar deseos, sentimientos, construir vínculos, ser más independientes en actividades de la vida diaria, tomando un rol más activo como iniciativa en las conversaciones. Algunas de las manifestaciones fueron:

*“mayor expresión y comprensión permitiendo la aparición de la subjetividad”* (Paulina, 2020); *“... permite aumentar y favorecer la comunicación con el otro... que el otro tenga más acceso a relacionarse con los seres en el entorno... mejorar su independencia y autonomía... aumentar el vínculo terapéutico y mejorar la relación”* (Estefanía, 2020); *“Mejora la comunicación con el entorno, facilita al usuario la expresión de deseos y sentimientos, favorece la construcción de vínculos con pares como los profesionales”* (Sabrina, 2020); *“Contribuyen a desarrollar estrategias de comunicación y a mejorar el lenguaje oral; posibilitan la socialización de la persona, ya que mejoran las relaciones interpersonales y la competencia social del sujeto, mejoran la interacción comunicativa”* (Lucila, 2020); *“Logra que el sujeto adopte roles activos en su desempeño”* (Eleonora, 2020); *“(...) acceder a una conversación que sea con propia iniciativa y no esperar a que venga alguien a hablarle a esa persona”* (Norali, 2020); *“Mayor participación e iniciativa de los concurrentes al diálogo, más animados ante el entendimiento, mayor tiempo de atención”* (Marina, 2020).

En el gráfico 1 se visualizan los cambios registrados en las características positivas y negativas del vínculo terapéutico a partir de la implementación de un SCAA. Los aspectos positivos mejoraron un 48 % en relación a cómo eran antes del uso del SCAA y los negativos disminuyeron un 75 %.



**Gráfico N°1:** Representación de aspectos positivos y negativos del vínculo terapéutico antes y después de la implementación de un SCAA.

## **Discusión**

A partir de los resultados de este trabajo se demostró la importancia del uso de un SCAA para favorecer el vínculo terapéutico entre profesionales y niños y adolescentes que presentan dificultades en la comunicación a través del lenguaje oral.

### **Comunicación y recursos antes de la implementación de un SCAA en el Centro Educativo Terapéutico MAPU**

A partir del análisis del primer eje se puede dar respuesta a uno de los objetivos específicos, en el cual se buscó analizar si los trabajadores conocían o usaban los SCAA como metodología de comunicación. Luego de analizar cada una de las entrevistas se pudo entrever que, los profesionales conocían este recurso, el mismo no era implementado de manera adecuada principalmente por falta de información o formación.

Previo a la implementación del mismo el equipo de trabajadoras coincidieron en los diferentes recursos que utilizaban para lograr la comunicación con el/la niño/a o adolescente. De acuerdo a cada niño era el código que utilizaban entre los que mencionaron los gestos, la mirada, señalamiento de objetos, imágenes, sonidos, objetos concretos, preguntas cerradas por sí o no, manos libres donde cada mano era una opción. Si bien los seres humanos nos comunicamos con todo nuestro ser, la mirada, los gestos y no solamente las palabras (Pérez de Lara, 2008), estos medios del orden de lo no lingüístico (García, 2008), en muchas ocasiones a las trabajadoras del CET no resultaban suficientes para lograr una comunicación franca, sin inferencias o sobreinterpretaciones, por lo que la comunicación quedaba sujeta a preguntas cerradas.

La mayoría de las trabajadoras para neutralizar las dificultades encontradas en el proceso comunicativo con los concurrente del CET MAPU hacían uso de recursos no asistidos y solo una pocas de recursos asistidos principalmente de baja tecnología como

son los pictogramas, objetos tangibles, carpetas de comunicación con imágenes, calendario de comunicación, entre otros, todas deben ser válidas y aceptadas, partiendo de la base que las profesionales buscaban desde su experiencia poder llegar al otro. Estas estrategias utilizadas son importantes ya que las intervenciones del terapeuta contribuyen a la calidad del vínculo terapéutico y al cambio clínico, no reduciéndose al discurso verbal, sino que constan de elementos diversos como son los actos del habla, frases y movimientos (Goldberg, 2016).

### ***Concepto de Comunicación Aumentativa-Alternativa***

Gran parte del equipo de trabajo del CET MAPU no está formado en el área de la comunicación, sin embargo, lograron armar una idea acertada de lo que es la CAA, coincidiendo en definirla como una posibilidad de acceso, una herramienta, una forma alternativa al lenguaje hablado, que permite reemplazarlo o aumentarlo, cuyo objetivo es mejorar la comunicación como comprensión y/o expresión entre las personas con dificultades en el lenguaje oral, pares u otros. Esto se corresponde con lo señalado por Tamarit (1998) quién se refiere a la comunicación aumentativa-alternativa como a todos los recursos, las estrategias y las técnicas que ayudan a complementar o reemplazar el habla, destinada a personas con alteraciones diversas en la comunicación y /o lenguaje con el objetivo de llevar actos de comunicación funcionales, espontáneos y generalizables.

Como se puede apreciar las trabajadoras destacaron dos de las funciones más importantes de los sistemas de comunicación, que son el hecho de aumentarla o alternarla, en donde el término aumentativo refiere a los distintos recursos que complementan el habla cuando ésta no es suficientemente clara o variada. Los métodos alternativos son aquellos que suplen o reemplazan la función del hablar (Warrick, 1998).

### **Vínculo terapéutico y comunicación.**

Los trabajadores del CET definieron al vínculo como una relación entre dos personas, una interrelación, una relación bilateral y develaron a través de sus palabras la importancia de la comunicación en la construcción del vínculo, desde el primer momento ante el encuentro con una persona, refiriendo que estos dos pilares son los que permiten la existencia de la transferencia, así como también conocer y darse a conocerse en el espacio terapéutico. Donde la comunicación es lo que permite entablar una relación de confianza, confidencialidad y trabajo mutuo para cumplir los objetivos de tratamiento. De este modo el vínculo terapéutico como proceso relacional es co-creado, ocurre y transcurre entre dos subjetividades, siendo la subjetividad del terapeuta de crucial importancia, ya que es él quien debe hacer mayores esfuerzos para construirlo y sostenerlo. La capacidad para desarrollar una alianza en el tratamiento es probable que sea el mediador más importante de la experiencia terapéutica (Bordin, 1979).

La construcción del vínculo es primordial para todo aquello que se quiere lograr, entonces partiendo de la base que nos encontramos frente a una institución donde la mayoría de los concurrentes tienen dificultades para comunicarse mediante el lenguaje oral, y si hablamos que el vínculo se logra mediante el diálogo, es aquí donde hay que hacer un ajuste, para que ese vínculo mejore. De este modo, el vínculo es un aspecto de la alianza terapéutica que comprende un entramado entre paciente y terapeuta en el cual incluye la confianza y la aceptación mutua y determina el tema emocional que se comparte en dicha relación (Hovarth & Luborsky, 1993).

Varias de las entrevistadas hicieron hincapié en cuán importante es el establecimiento de un buen vínculo para poder pensar y coincidir en las metas del tratamiento y en consecuencia poder llegar al logro de los mismos. Esto que mencionaron es muy importante y es uno de los componentes multidimensionales que refiere Bordin (1979) al momento de construir una alianza terapéutica que es el acuerdo de los objetivos.

También surgió la importancia de armar un vínculo cálido y afectuoso, que permita enmarcar las metas terapéuticas (Luborsky, 1976) y el sentimiento de simpatía y confianza el cual favorece el mantenimiento de la relación y el proceso de cambio (Krause, 2001).

***Cambios en el vínculo terapéutico a partir de la implementación de un SCAA.***

Luego de analizar lo citado por las entrevistadas con respecto a este eje, se pudo visibilizar un cambio positivo en el vínculo terapéutico a partir de la implementación de un SCAA. La incorporación y uso de este recurso permitió una mejora en la comunicación, lográndose una ida y vuelta en las conversaciones, donde el usuario toma un rol más activo como iniciativa al momento de iniciar un diálogo. También se logró mayor participación en la toma de decisiones y que los usuarios sean más independientes en las actividades de la vida diaria como institucionales. Esto permite dar cuenta como plantea De Salazar et al. (2003) la importancia de ver más allá de un ser con discapacidad, que presenta limitaciones en ciertos aspectos, como el habla, el movimiento y la sociabilización, pero que comunica permanentemente, que cuenta con potencialidades e igualdad de derechos y oportunidades, las cuales deben ser aprovechadas para brindarle a dicho sujeto la posibilidad de descubrir, participar e interactuar de manera permanente con su familia, compañeros, profesores y comunidad.

Al implementar un sistema de comunicación alternativo aumentativo el equipo del CET MAPU visibilizó la dificultad de poder llegar a las familias y entorno del usuario de un SCAA así como la falta de conciencia o conocimiento por parte de la sociedad, donde muchas veces no se muestra interés en utilizar un recurso alternativo por tener instalada la comunicación mediante el lenguaje oral. Esto permitió dar cuenta de la importancia de sensibilizar a la sociedad principalmente a los círculos cercanos a los usuarios, para pensar en una cultura inclusiva significativa. Ya que los procesos de sensibilización inquietan y promueven a indagar nuevas fuentes y estrategias de comunicación (Cardenas Ramos y

Ibagué Sierra, 2014). Del análisis anterior, surge la importancia que al sensibilizar sobre la complejidad de la discapacidad se asume una mirada multidimensional y transdisciplinar en la comprensión, atención y valoración de las necesidades de los niños y adolescentes con discapacidad (Parra Esquivel y Peñas Felizzola, 2015).

A partir del análisis de los resultados quedó de manifiesto la necesidad de pensar en un espacio terapéutico basado en la habilitación, en el cual nuestra intervención se dirija tanto a la persona con alteraciones en la comunicación como en su entorno. Reconocer las diferencias individuales y la aceptación de nuevas formas de comunicación y participación social permite a las personas con discapacidad otorgarles el lugar que les corresponde en todos los ámbitos de la vida (Basil, 1998).

Al evaluar los aspectos positivos y negativos del vínculo terapéutico antes y después de la implementación de un SCAA da cuenta que el mismo generó una mejora evidente en el vínculo terapéutico visto desde la mirada del profesional. Luego de su utilización se visualizó que dicho recurso perfecciona los aspectos positivos y disminuye los negativos, lo cual permite la transformación de la actitud de los niños/as y adolescentes, desde la reticencia inicial hasta la confianza (Fernández et al., 2014) y consecuentemente mejora la relación paciente-terapeuta. Respecto a los positivos se destacó la mejoría en la comprensión en la alianza terapéutica, aspecto fundamental para un buen resultado de los objetivos de una terapia. Por otra parte, los negativos mostraron que después de haberse usado el SCAA la relación vincular fue menos distante, menos indiferente, menos insegura y menos floja, aspectos que se resaltaron siendo este hecho primordial para un buen vínculo terapéutico (García et al., 2015).

## Conclusiones

### **Limitaciones de la investigación**

Realizar la investigación ha sido un largo recorrido atravesado por aspectos emocionales y fue enriquecedor desde lo teórico y lo práctico. Contar con una formación profesional inicial con una fuerte impronta en educación hizo que resultara bastante difícil llevar a cabo esta investigación. Los recursos de comunicación alternativa, son una temática sobre la cual en nuestra disciplina (Psicopedagogía) no se conoce lo suficiente y además cuando se menciona el término “comunicación” a profesionales que conforman los equipos de trabajo, la vinculan con la fonoaudiología. Lo antedicho le dio complejidad al desarrollo de la investigación. Este trabajo permitió visibilizar que la comunicación alternativa es un derecho para el aprendizaje, por lo cual es primordial establecer un buen canal comunicativo para poder llegar al otro y superar el primer paso en un tratamiento que es establecer un buen vínculo con el sujeto que se nos presenta.

### ***Aportes y Contribuciones de la investigación***

El tema de elección de esta investigación surgió a partir de la visibilización de un grupo de niños y adolescentes con los cuales el lenguaje oral como medio de comunicación no era suficiente, donde a pesar de la incorporación de otros recursos no lingüísticos (García, 2008) estos no alcanzaban para que la comunicación fuera funcional, espontánea y generalizable (Tamarit, 1998) y consecuentemente el vínculo era hostil, con actitud de desgano, distante, no se lograba el contacto visual y donde el paciente era indiferente.

A partir de este trabajo se demostró que es indudable la importancia de la implementación de un recurso alternativo a la comunicación mediante el lenguaje oral para poder pensar en un vínculo terapéutico genuino, dándole a los niños y adolescentes el lugar de ser, de ser parte de una sociedad, expresar sus necesidades, intercambiar ideas,

emociones y sentimientos lo que consecuentemente le dará la opción de elegir y ser el actor principal en los procesos de autonomía e independencia.

Teniendo en cuenta que la Psicopedagogía es un espacio interdisciplinar complejo y múltiple que configura una praxis donde se encuentran personas aprendiendo en diversos momentos de su vida (Müller, 2006), la implementación de un SCAA adecuado a cada uno de los pacientes que se presenten permite fomentar sus habilidades de comunicación espontánea y funcional, incrementar las interacciones comunicativas así como también fortalecer el desarrollo de habilidades académicas e intelectuales. Por otra parte, al considerar que el objetivo de la psicopedagogía clínica y preventiva es el aprendizaje, resulta necesario que en una primera instancia de tratamiento se establezca un buen vínculo entre paciente-terapeuta. Para que ello ocurra un requisito indispensable es que haya comunicación, no solo para pensar en futuras metas y lograr los objetivos de tratamiento sino también para poder darle a ese sujeto el lugar de ser pensante, para alcanzar lo señalado el uso de un SCAA significó un recurso adecuado.

Se sabe que un sujeto al ser parte de una sociedad y participar en ella le es fundamental poder comunicarse, ya que por medio de este canal conoce y se integra mejor a una cultura de la cual adquiere gran parte de lo que es. Es por esto que es indispensable que todo individuo tenga la facultad y derecho de ser parte de este proceso propio del ser humano (Suárez Gómez, 2013). Es así que es importante la sensibilización de la comunidad sobre el conocimiento y el uso de la comunicación aumentativa-alternativa lo cual potenciaría el interés por el desarrollo de una cultura inclusiva significativa. De este modo, es necesario ampliar los canales de comunicación social del niño/a o adolescente para posibilitar mayores interacciones en los diferentes círculos donde quiera ser parte.

Desde esta investigación quedó manifiesta la importancia del uso de un SCAA para que la comunicación ocurra, no falle y cumpla con su función. A través de la implementación de dicho recurso alternativo al lenguaje oral el vínculo será fluido, dinámico, real y genuino, lográndose un ida y vuelta en la conversación, ya que se comparte un mismo código. De esta manera se enriquece la alianza terapéutica lo que es relevante para garantizar la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. Dicha relación, y más concretamente el entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre ambos facilitan o dificultan directamente el vínculo terapéutico por lo cual la utilización de un SCAA es un pilar fundamental para alcanzarlo y lograr las metas del tratamiento terapéutico.

#### **Futuras líneas de investigación.**

Para futuras investigaciones se priorizará indagar de qué manera se produce la comunicación en niños y adolescentes que tienen dificultades a través del lenguaje oral en una situación de pandemia cómo la que está ocurriendo a nivel mundial en este momento con el COVID-19. Por otra parte, es importante conocer cómo se podrían implementar los sistemas de SCAA ante esta situación, donde los individuos están sujetos a otro tipo de comunicación y en muchos casos desconectados de la sociedad por falta de recursos. Sería muy valioso conocer cómo implementar un SCAA en situaciones de aislamiento social para poder mantener los tratamientos terapéuticos, que no se afecten los vínculos entre pacientes y terapeutas y consecuentemente los resultados de las terapias.

## Referencias

- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infantcare and the growth of love*. Johns Hopkins University Press.
- Asociación Internacional de Comunicación Aumentativa y Alternativa. (1991).  
<https://www.isaac-online.org/english/about-isaac/activities-and-projects/isaac-espanol/>
- Basil, C. (1998). Introducción. En C. Basil, E. Soro-Camats y C. Rosell. *Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura*. (págs.1-5). Masson.  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19162/9/Capitulo\\_01\\_Introduccion\\_ref.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19162/9/Capitulo_01_Introduccion_ref.pdf)
- Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. 16(3), 252-260. American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Morata
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Paidós.
- Bruner, J. S. (1984). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Alianza Psicología.
- Cardenas Ramos, A.B., y Ibagué Sierra N.J., (2014). *Sensibilización a docentes en comunicación aumentativa y alternativa para procesos de enseñanza*. [Tesis de Grado de Especialización, Universidad Pedagógica Nacional de Colombia].  
<http://200.119.126.32/handle/20.500.12209/398>
- Castañeda, P. F. (1999). Desarrollo del lenguaje verbal en el niño. *El lenguaje verbal del niño: ¿Cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?* (págs. 72-94). Biblioteca digital andina.  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Linguistica/Leng\\_Nino/pdf/Desarro\\_Leng.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Linguistica/Leng_Nino/pdf/Desarro_Leng.pdf)

Castañeda, P. F. (1999). Factores o equipos básicos de los que dispone el recién nacido para hablar. *El lenguaje verbal del niño: ¿Cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?* Biblioteca digital andina.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng\\_ni%C3%B1o/Fac\\_Bas\\_recien\\_nac\\_hablar.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/Fac_Bas_recien_nac_hablar.htm)

Colho Figueiredo, N., & Figueredo, L. (2003). Patterns of intersubjectivity in the constitution of subjectivity: Dimensions of Otherness. *Culture and Psychology*, 9(3), 193-208.

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671/26841>

Cormier, H. W., & Cormier, L. S. (1994). *Estrategia de entrevista para terapeutas*. Desclée de Brouwer.

De Barbieri, A. (2005). Lo que cura es el vínculo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 63(123), 497-509.

<https://fund-encuentro.org/index.php/miscelaneacomillas/article/viewFile/6547/6357>

De Salazar, N., Ferrer, Y. & Toro, I. (2003). Comunicación aumentativa y alternativa mediante tecnologías de apoyo para personas con discapacidad. *Tecné Episteme y Didaxis: TED*, (13), 126-143.

Deliyore Vega, M. D. R. (2016). *Construcción de la comunicación alternativa y aumentativa en las aulas costarricenses*. [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España].

<http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Mrdeliyore>

Deliyore Vega, M. D. R. (2018). Comunicación alternativa, herramienta para la inclusión social de las personas en condición de discapacidad. *Revista Electrónica Educare*, 22(1), 271-289.

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v22n1/1409-4258-ree-22-01-271.pdf>

- Fernández González, O. M., Herrera Salinas, P. & Escobar Martínez, M. J. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 559-575.  
<https://www.redalyc.org/pdf/773/77344439038.pdf>
- Fernández, A. (2009). Para aprender, poner en juego el saber. *Poner en juego el saber. Psicopedagogía clínica: propiciando autorías de pensamiento*. Nueva Visión.
- Fernández, A. (2010). Acerca de la teoría psicopedagógica. *La inteligencia atrapada. Abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1992). *Teorías y técnicas en psicoterapia*. Nueva Visión.
- Freud, S. (1912). *Obras completas. Sobre la dinámica de la transferencia*. (Vol.12). Amorrortu.
- García, N. A. (2008). El proceso de la comunicación y el lenguaje. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*. 13.  
[https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_13/NOELIAM\\_GARCIA\\_2.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_13/NOELIAM_GARCIA_2.pdf)
- García, H. D., Fantin, M. B. & Isgró, A. (2015). Estudio descriptivo de la percepción psicoterapéutica en pacientes de la Ciudad de San Luis. *Liberabit*, 21(1), 141-151.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272015000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272015000100013&script=sci_arttext)
- Goldberg, J. (2016). Conclusiones de una investigación acerca de la alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 20(1), 100-109.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339646009005.pdf>
- Hermans, H. (2001). The dialogical self towards a theory of personal and cultural positioning. *Culture and Psychology*, 7, 243-281.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2004). Metodología de la investigación. *El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: hacia un modelo integral*. (págs. 8-16). McGraw-Hill.

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). El papel de la alianza terapéutica en psicoterapia. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 61(4), 561-573.
- Krause, M. (2001). *¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo?* [Trabajo presentado en Coloquio, Pontificia Universidad Católica de Chile].
- Luborsky, L. (1976). Helping Alliances in Psychotherapy. En J.L (ed.), *Successful psychotherapy*. 92-116. Brunner/Mazel.
- Maggio, M. V. (2020). Consideraciones generales sobre el lenguaje. *Comunicación y lenguaje en la infancia*. Paidós.
- Maggio, M. V. (13 de Mayo de 2019). *Universidad Austral*.  
<https://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/dificultades-del-lenguaje-recomendaciones-para-los-padres/>
- Manubens, R. T., Roussos, A., Olivera Ryberg, J. & Gómez Penedo, J. M. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *ACADEMO. Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 143-158.  
<https://uamericana.edu.py/revistacientifica/index.php/academo/article/view/98>
- Marková, I. (2000). The individual and society in psychological. *Theory and Psychology*, 10 (1), 107-116.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Müller, M. (2006). El tratamiento psicopedagógico. La problemática del aprendizaje: los síntomas como lenguaje. *Aprender para ser*. (5ª ed). Bonum.
- Müller, M. (2006). La psicopedagogía y los psicopedagogos. *Aprender para ser*. (5ª ed). Bonum.
- Narbona, J. (2003). Desarrollo normal. En J. Narbona y C. Chevrier-Muller. *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. (2ª ed). Masson.

- Owens, Jr. R. E. (2003). El desarrollo del niño. *Desarrollo del lenguaje*. (5ª ed). Pearson Educación.
- Owens, Jr. R. E. (2003). El territorio. *Desarrollo del lenguaje*. (5ª ed). Pearson Educación.
- Padilla Muñoz, A. (2011). Inclusión educativa de las personas con discapacidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 670-699.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014601578>
- Parra Esquivel, E. I., y Peñas Felizzola, O.L. (2015). El niño con discapacidad: elementos orientadores para su inclusión social. *Salud Uninorte*, 31(2), 329-346.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138012>
- Pérez de Lara, N. (2008). *De la primera diferencia a las diferencias*.  
<http://cpalazzo.files.wordpress.com/2011/04/nuriaperez2.pdf>
- Safran, J. C., & Muran, J. D. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Desclée De Brouwer.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.  
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18011827006.pdf>
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). Consideraciones básicas. *Bases de investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Suárez Gómez., L.A. (2013). *Diseño de un plan de intervención en Comunicación Aumentativa y Alternativa como medio para mejorar la interacción comunicativa en un estudiante con Síndrome de Down*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional Pedagógica de Bogotá].  
<http://hdl.handle.net/20.500.12209/420>
- Tamarit, J. (1988). Sistemas alternativos de comunicación en autismo: algo más que una alternativa. *Alternativas para la comunicación*, 6, 3-5.

Valsiner, J. (2002). *Culture and human development. An introduction*. Sage.

Valsiner, J. (2003). Beyond social representations: A theory of enablement *Person Social Representations*, 12, 7.1-7.14.

Von Tetzchner, S., & Martinsen, H. (1993). *Introducción a la enseñanza de signos y al uso de ayudas técnicas para la comunicación*. (Adaptado por Basil, C.) Visor.

Warrick, A. (1998). *Comunicación sin habla: comunicación aumentativa y alternativa alrededor del mundo*, (pág. 19). Isaac Press.

## Anexo

### Formulario de Consentimiento informado

Yo, (APELLIDO Y NOMBRE) acepto participar voluntariamente en el estudio “Sistema de Comunicación Aumentativa-Alternativa. Una estrategia para facilitar el vínculo terapéutico”.

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de la encuesta que se me entregará a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales Escuela de Psicopedagogía y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a [sinvestydes@uflo.edu.ar](mailto:sinvestydes@uflo.edu.ar) (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

- Nombre y apellido
- DNI
- Fecha

**Modelo de encuesta semi-estructurada**

Nombre:

Función en MAPU:

1. ¿Ha tenido experiencia en el uso de un Sistema de Comunicación Aumentativa-Alternativa?

SI

NO

Si la respuesta es NO señale el motivo:

¿Por qué no conocía la herramienta?

¿Por qué le resulta difícil aplicarlo?

¿Por qué no lo considera necesario?

Otra causa, indique cual.

2. De qué manera se comunicaba con el/la niño/a o adolescente antes de la implementación de un SCAA en MAPU (medios/recursos).

3. ¿Cómo era la comunicación antes de la implementación de un SCAA? Justifique su respuesta en el caso de ser buena, regular o mala.

Muy buena

Buena

Regular

Mala

4. ¿Ha diseñado algún sistema para neutralizar las dificultades encontradas en el proceso comunicativo con los concurrentes de MAPU?

SI

No

Cual:

5. ¿Qué entiende por Comunicación Aumentativa-Alternativa?
6. ¿Qué entiende usted por vínculo?
7. ¿Qué importancia tiene la comunicación en la construcción del vínculo terapéutico?
8. Considera que el SCAA facilita el vínculo terapéutico. ¿Por qué?
9. Observa cambios en el vínculo terapéutico a partir de la implementación de un

SCAA:

SI

No

Si la respuesta es positiva identifíquelos.

10. Identificar los aspectos positivos y negativos de la implementación de un SCAA.
11. ¿Cómo caracteriza al vínculo terapéutico, desde su experiencia, antes y después de la implementación de un SCAA? marque con una X la valoración que considera para cada una de las alternativas de los cuadros siguientes:

(Prestar atención a las valoraciones ya que cambian en los cuadros)

Característica	Momento	Valoración			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Empático	Antes				
	Después				
Comprensivo	Antes				

	Después				
<b>Confiable</b>	Antes				
	Después				
<b>Cercano</b>	Antes				
	Después				
<b>Cálido</b>	Antes				
	Después				
<b>Afectuoso</b>	Antes				
	Después				
<b>Interesado</b>	Antes				
	Después				
<b>Seguro</b>	Antes				
	Después				
<b>Atento</b>	Antes				
	Después				

Característica	Momento	Valoración			
		Muy	Poco	Muy poco	Nada
<b>Desganado</b>	Antes				
	Después				
<b>Distante</b>	Antes				
	Después				
<b>Indiferente</b>	Antes				
	Después				

<b>Desinteresado</b>	Antes				
	Después				
<b>Hostil</b>	Antes				
	Después				
<b>Inseguro</b>	Antes				
	Después				
<b>Agresivo</b>	Antes				
	Después				
<b>Flojo</b>	Antes				
	Después				
<b>Endeble</b>	Antes				
	Después				

**Link de acceso a las encuestas**

<https://drive.google.com/file/d/1-qdLPJZ67Mc32zhghj4nRyXr3dqoNpOe/view?usp=sharing>